

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

No

680

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean-Pierre CARLOTTI

Né le 2 avril 1905 à Auneau (Eure-et Loire)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Étude Radiologique et Clinique
des
Vésicules en Situation Basse

(Travail du service de M. le Docteur Faroy)

Président : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1935

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean-Pierre CARLOTTI

Né le 2 avril 1905 à Auneau (Eure-et-Loire)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Étude Radiologique et Clinique

des

Vésicules en Situation Basse

(Travail du service de M. le Docteur Faroy)

Président : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1935

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie.....	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	Robert DEBRE.
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie chirurgicale	BAUDOUIN.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive.....	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	FIESSINGER.
	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N..
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT,



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E) .. Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY..... Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENEAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-Laryng.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN.... Anatomie pathologique
 JOANNON..... Hygiène.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME.... Obstétrique.
 LANTUEJOUL . Obstétrique.

MM-

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiâ-
 trie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 OBERLING.... Anatomie pathologique
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 RICHET..... Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SENEQUE..... Pathologie chirurgicale
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale
 BESANÇON.... Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie,

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI Clinique médicale.
 ALAJOUANINE . Clinique médicale.
 AUBERTIN..... Clinique médicale.
 BRULE Clinique médicale.
 CHABROL Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DONZELOT Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 LIAN Clinique médicale.
 PASTEUR-VALLÉRY-RADOT Clinique médicale.
 SEZARY Clinique médicale.

MM.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 BROcq Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.
 GATELLIER Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 QUENU..... Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
 VELTER Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE..... Clinique obstétricale.
 GUENIOT..... Clinique obstétricale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL ... Clinique obstétricale.
 METZGER..... Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
 LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
 WEILL-HALLE Puériculture.
 FREY..... Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE
LE DOCTEUR A.R. CARLOTTI

A MA MERE

A MON ONCLE
LE DOCTEUR PH. CARLOTTI

A TOUS LES MIENS

À MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR FERNAND BEZANÇON

Professeur de Clinique de la Tuberculose
Médecin de l'Hôpital Laënnec
Membre de l'Académie de Médecine

A MON MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR FAROY
Médecin de l'Hôpital Bichat

A MON MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR L. DE GENNES
Médecin de la Maison Dubois

A MON MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR E. PICHON
Médecin des Hôpitaux

A MON MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR CH. FLANDIN
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur SERGENT

Monsieur le Professeur GOSSET

Monsieur le Docteur CHEVRIER

Monsieur le Docteur HALLÉ

Monsieur le Professeur HARVIER

Monsieur le Docteur ROUX-BERGER

Monsieur le Professeur DELBET

A M. LE PROFESSEUR PAUL MATHIEU
Professeur de Clinique Orthopédique
Chirurgien de l'Hôpital Cochin

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. MONOD
Chirurgien de l'Hôpital Broussais

A M. LE PROFESSEUR AGREGÉ H. VIGNES
Accoucheur de la Maternité Adolphe Pinard

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEBRAY
Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR ESCALIER
Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUELIN
Médecin de l'Hôpital Beaujon

A MONSIEUR LE DOCTEUR BRAUN

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. DERON

A MES CONFÉRENCIERS
MM. LES DOCTEURS
CELICE, DECOURT, CAROLI,
Médecins des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR P. JOURDAN

A MES AMIS

INTRODUCTION

Nous n'étudions dans ce travail que les vésicules biliaires non calculeuses en situation basse.

Les vésicules lithiasiques constituent une entité aussi bien du fait de leur allure clinique que de leurs complications et des sanctions thérapeutiques chirurgicales qu'elles entraînent.

La position basse de la vésicule n'a dans ces cas qu'un intérêt très secondaire et ne risquerait qu'à exposer à des erreurs de diagnostic.

Nous préciserons par contre dans cette étude les manifestations qui nous semblent plus spécialement le fait de la situation basse de la vésicule.

Nous préférons cette définition à celle de ptose car il n'est permis de parler de ptose que dans des cas très particuliers : Ce sont ceux où la vésicule est seule en position anormalement basse, sans que le foie ait abandonné sa situation normale.

Il en résulte que pour parler de ptose de la vésicule, il est nécessaire que l'appareil de sustentation de l'organe (le tissu conjonctif hépato-vésiculaire et le péritoine péri-vésiculaire) se soit distendu.

Mais on ne peut parler de ptose de la vésicule dans les cas où celle-ci n'a pas abandonnée ses connexions normales avec le foie.

Enfin nous éliminons de cette étude les hypertrophies hépatiques. On sait que les hépatomégalies se caractérisent surtout par l'abaissement du bord inférieur du foie alors que le bord supérieur n'est que très peu surélevé.

L'hépatomégalies'accompagne donc toujours d'abaissement de la vésicule. Mais il s'agit là encore de syndromes complexes où la question de la physiologie vésiculaire est rejetée au second plan. La question déborde le cadre de la pathologie du cholécyste et dépasse par là-même le sujet de cette étude.

Par contre, telle que nous l'envisageons, la situation basse de la vésicule entraîne des troubles fonctionnels de l'organe et nous semble prédisposer à la cholécystite chronique.

Le tableau clinique est, dans ses grandes lignes, celui des inflammations chroniques du cholécyste. Il tire cependant des caractères particuliers de la situation anormale de la vésicule. La localisation des points douloureux ne correspond pas aux zones qu'il est classique de décrire comme pathognomoniques des affections des voies biliaires. C'est dans cette étude critique des points douloureux de l'abdomen que nous avons vu l'intérêt principal de ce travail.

Le rapport entre leur localisation et leur étiologie a peut être été établi de façon trop précise. Cela tient à une interprétation abusive de l'anatomie d'amphithéâtre qui n'étudie que le cadavre étendu et fixé définitivement par la mort.

Les organes abdominaux du vivant sont, au contraire, en perpétuel mouvement et leur situation présente des variations constantes suivant l'habitus du sujet, sa complexion, son « tempérament », sa position.

Toutes ces données doivent entrer en ligne de compte dans l'exploration délicate que constitue l'examen physique de l'abdomen.

La radiologie, et spécialement les méthodes diverses d'opacification aux rayons des organes abdominaux ont permis de préciser dans une large mesure les interprétations pathogéniques des anciens auteurs, fondées sur la seule exploration clinique. Nous pensons qu'en réalité dans l'interprétation de la symptomatologie des affections abdominales, il faut faire la part d'une certaine relativité.

Toutes les observations qui sont rapportées dans cette thèse, ont été recueillies dans le service de notre maître M. Faroy, qui nous a inspiré ce travail. Nous tenons, au début de cette étude, à lui exprimer nos sentiments de vive gratitude pour l'enseignement

qu'il nous a donné durant l'année d'internat que nous avons eu l'honneur de passer près de lui.

Nous tenons également à témoigner de notre reconnaissance envers le Docteur Deron, assistant du service, qui a bien voulu nous guider durant tout notre travail.

AVANT-PROPOS

Les anatomistes aussi bien que les radiologues insistent sur la variabilité de forme, de situation, de volume de la vésicule biliaire.

Cependant, au cours de nos recherches, nous n'avons trouvé aucune étude d'ensemble consacrée aux vésicules biliaires bas-situées.

La raison tient probablement à l'introduction relativement récente, dans la pratique hospitalière, des méthodes d'opacification de la vésicule par le tétraïodophénolphtalinate de soude.

Cependant les anatomistes, tout en décrivant des limites précises à la région vésiculaire, limites reprises par les cliniciens pour codifier les méthodes d'exploration manuelle du carrefour sous hépatique, n'ont pas manqué d'indiquer qu'il s'agissait là d'une topographie conventionnelle.

Cloquet, en 1825, disait déjà que la vésicule descend plus ou moins bas dans l'abdomen et devient accessible au palper sur le bord externe du grand droit.

Sappey, en indiquant que le fond de la vésicule déborde l'échancrure cystique du foie, reconnaît que

ces rapports présentent d'assez nombreuses variétés qu'il serait utile de reconnaître pendant la vie et qui ne peuvent l'être qu'après la mort.

Charpy, dans le traité d'anatomie de Poirier, situe pratiquement le fond de la vésicule à l'intersection du bord externe du muscle droit avec le rebord costal.

Il reconnaît cependant que les déformations du foie et de la vésicule modifient considérablement ces rapports.

« Si la vésicule est distendue, ses rapports avec la paroi abdominale deviennent plus intimes... si le foie s'abaisse en antéversion, le fond se rapproche de la ligne médiane et atteint l'ombilic. Dans la rétroversion hépatique, la grande distension abdominale, l'atrophie du foie, il s'en écarte jusqu'à 16 cm. et remonte vers la huitième côte ».

Enfin, l'extrémité pendante de la vésicule peut s'appuyer sur le colon transverse, sur le duodénum, et, avec le foie, descendre dans la fosse iliaque droite. Il est, le plus souvent, difficile chez la femme, de préjuger de ses rapports exacts ».

Testut, aussi bien dans son traité d'anatomie topographique écrit en collaboration avec Jacob, que dans le récent traité d'anatomie humaine revu par Latarjet, indique des rapports très exactement analogues.

« La vésicule, au niveau de son fond, est en contact avec la paroi abdominale, au point où le bord externe du muscle droit rencontre le dixième cartilage costal droit ou, si l'on préfère, au point où la ligne réunissant le sommet de l'aisselle droite à l'ombilic, vient croiser le rebord thoracique ».

Et il délimite la région des voies biliaires :

— en haut par un plan horizontal passant par l'extrémité antérieure des neuvièmes cartilages costaux ;

— en bas par un plan horizontal parallèle au précédent passant par le disque inter-vertébral qui unit la troisième et quatrième vertèbre lombaire (Ce plan répond, d'après Quénu, à l'embouchure du cholédoque) ;

— en dehors, par un plan sagittal tangent au bord externe du muscle droit ;

— en dedans, par le plan sagittal médian.

Les seules réserves faites sont les suivantes :

Le repère vésiculaire doit être reporté un peu en dedans, dans les cas d'hypertrophie du foie ; un peu en dehors, dans les cas d'atrophie de cet organe.

Gilbert et Parturier ont repris l'étude des rapports au fond de la vésicule biliaire avec le bord antérieur du foie.

Ils n'apportent que peu de faits nouveaux sur

les rapports de la vésicule biliaire avec la paroi abdominale.

Cependant ces auteurs ont étudié les moyens d'attache de la vésicule au foie et insisté sur la relative fréquence des cas où elle est pourvue d'un méso.

Ils indiquent que ce fait confère à l'organe une mobilité particulière.

L'ère radiologique allait confirmer ces données, en montrant les variabilités de position et de rapports de la vésicule biliaire.

Pierre Duval, Gatellier et Bécclère ont consacré une importante monographie à l'étude radiologique des voies biliaires normales et lithiasiques.

Leur étude porte d'ailleurs plutôt sur les variabilités de situation du cholédoque et de l'ampoule de Vater que sur celle de la vésicule.

Ils concluent cependant que la position et les rapports du cholécystè sont très variables dans le double sens transversal et vertical, la vésicule du fiel étant tantôt sus-rénale, ou sus-pyélique, tantôt pré-pyélique, tantôt sous-costale, tantôt au contraire pré-transversaire.

Mais cette étude radiologique a été pratiquée alors qu'on ne connaissait pas encore l'emploi des sels opacifiants d'iode ou de brome, par une injection de baryte dans les voies biliaires, pratiquée sur le cadavre.

Il n'est donc pas étonnant que les conclusions

des auteurs précités ne diffèrent que peu des résultats obtenus par les anatomistes.

Nemours Auguste a publié récemment un livre très remarquable sur la radiologie de la vésicule biliaire. Dans ce travail, il a consacré un long chapitre à l'anatomie radiologique du cholecyste.

Il a constaté la très grande variabilité de dimension, de forme, de volume, de situation du cholécyste (même lorsque la vésicule biliaire est normale) suivant qu'on l'étudie au moment de la réplétion ou à l'état de vacuité et suivant la position du patient en décubitus dorsal, en décubitus abdominal ou dans la station verticale.

C'est en grande partie sur ces données que nous nous sommes fondés pour entreprendre l'étude des vésicules bas-situées.

PREMIÈRE PARTIE

Étude Radiologique des Vésicules bas situées

I

C'est en 1924 que Graham, Cole et Copher ont découvert la possibilité d'opacifier les voies biliaires par l'introduction dans l'organisme, de sels d'un poids atomique élevé, s'éliminant par la bile.

Nous ne rappellerons pas les nombreuses discussions qu'a soulevées ce nouveau mode d'exploration radiologique : choix du sel à employer, toxicité des divers sels en regard de leur valeur opacifiante, mode d'introduction dans l'organisme, etc.

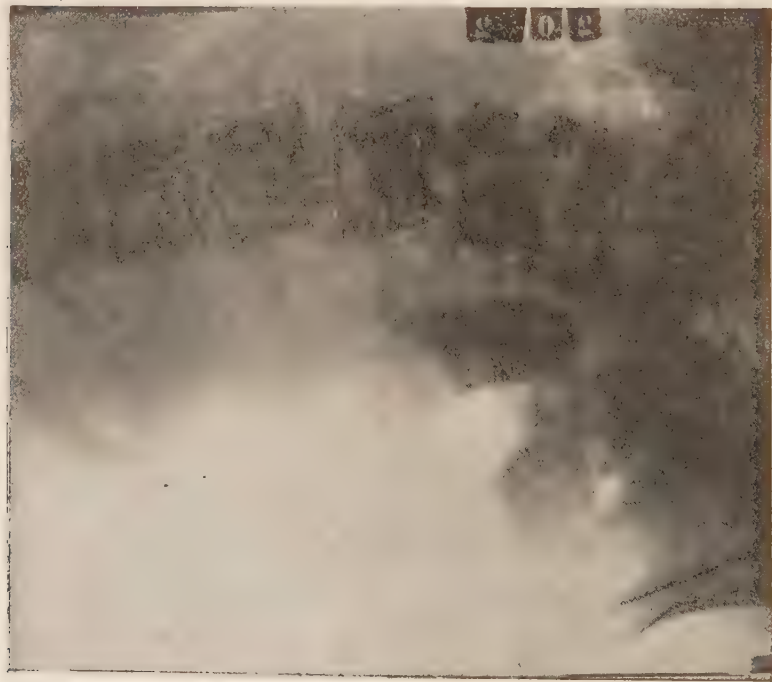
Qu'il nous suffise de dire que, pour toutes les radiographies que nous avons pratiquées, nous avons, sauf pour un cas, employé la voie entérale.

Après lavement huileux pris la veille de l'examen, nous faisons absorber au malade au cours d'un repas,

maigre, 15 h. avant l'examen, une suspension colloïdale de sels de tétraïode ou des capsules glutinisées du même produit, en quantité variable (de 10 à 14 en général) suivant le poids du sujet. A la fin du repas, on fait prendre au malade une pilule de 1 cgr. d'extrait d'opium et on le laisse ensuite à la diète hydrique absolue jusqu'à l'heure de l'examen.

Cette méthode n'a donné lieu à aucun incident grave. Cependant les 33 malades dont les observations ont été rapportées dans cette thèse, ont tous été examinés de cette façon. Nous avons vu pratiquer, pendant notre séjour à l'hôpital Bichat plus d'une centaine d'examens radiologiques des voies biliaires après opacification ; cette méthode est employée depuis plusieurs années dans le service de notre maître M. Faroy. Aucun accident grave n'a jamais été observé. Certains malades ont présenté quelques petits signes d'intolérance, le plus souvent, tout s'est borné à de simples nausées, parfois un ou deux vomissements se sont produits ; mais ces accidents n'ont pas empêché de pratiquer l'examen car la quantité de tétraïode ingérée avait été suffisante pour opacifier les voies biliaires.

Ce n'est qu'exceptionnellement que nous avons vu se produire des frissons, un tremblement passager, des lipothymies transitoires qu'on a l'habitude de considérer comme des signes d'intolérance au tétraïode.



Décubitus dorsal



Station debout

Obs. I. — M^{me} Co.... — Radio faite après injection de tétraïode. La vésicule semble adhérer au foie et le mécanisme de la chute des organes est particulièrement nette sur ce cliché.

Encore ont-ils été très passagers et n'ont-ils nécessité aucune thérapeutique particulière.

Nous avons pratiqué une seule fois un examen radiologique après injection intra-veineuse d'une solution de tétraïode :

(*Rad.* n° I, p. 26). Il s'agissait d'une malade d'un psychisme particulier (Cf. *obs.* n° 1) qui avait déjà subi un examen après ingestion de tétraïode. Elle avait eu quelques nausées et se refusait à absorber de nouveau la substance opacifiante. Les résultats, comme on peut en juger, n'ont été ni meilleurs ni moins bons que ceux que nous avons obtenus après ingestion du produit.

Les examens ont été généralement pratiqués deux fois chez le même malade : l'un 15 h. après l'ingestion, l'autre 16 h. après. Dans certains cas, c'est le premier cliché qui donne les meilleurs résultats ; dans d'autres, c'est celui de la 16^e h. sans que l'on puisse prévoir la cause de ces variations.

II

Nous avons, toutes les fois que cela nous a été possible, fait trois prises de cliché à chaque examen. L'un de ces clichés a été pris en position debout ; les autres en décubitus ventral et en décubitus dorsal.

Béclère et Porcher avaient déjà signalé l'utilité d'exa-

miner la vésicule en station verticale. Ils insistaient sur ce fait, que, chez certains sujets maigres, des femmes le plus souvent, la vésicule était invisible dans le décubitus ventral, masquée par une opacité homogène du foie ou une aérocolie angulaire droite.

Au contraire, en station verticale, la vésicule suit les déplacements hépatiques ; de plus elle tombe et son bas-fond se projette au-dessous de l'ombre du bord antérieur du foie. Dans le cas particulier qui nous occupe, bien d'autres facteurs ont rendu nécessaire l'examen radiologique dans les trois positions.

Nous avons pu préciser ainsi :

— *le degré et le mécanisme de la chute du foie* dans le passage de la position couchée à la position debout ;

— *les rapports entre la ptose hépatique et la descente du cholécyste.*

— *les variabilités des rapports de la vésicule biliaire avec les organes voisins* (foie, angle colique) et surtout avec le squelette, en décubitus, en procubitus et dans la station verticale.

La chute du foie se fait généralement suivant deux directions :

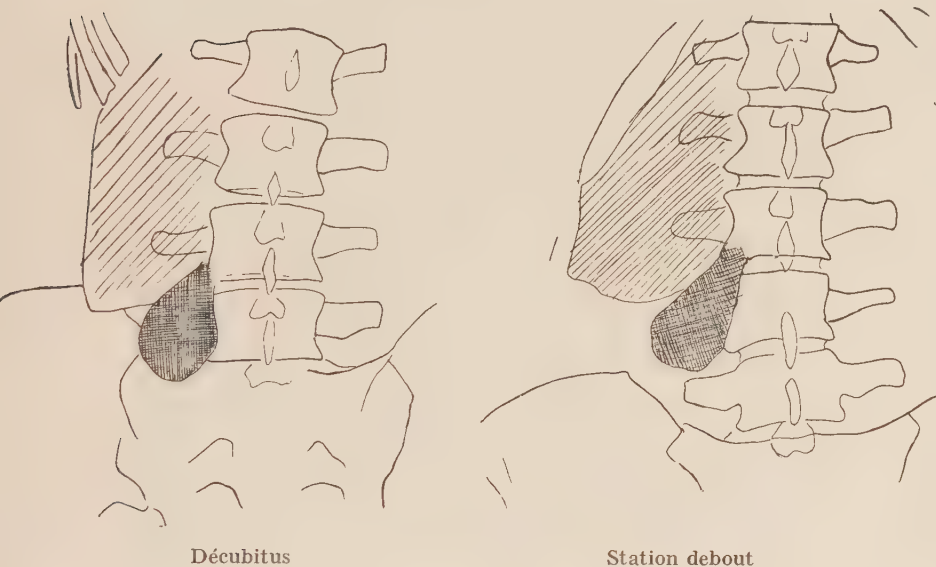
Dans le sens vertical :

La différence de niveau du bord inférieur du foie entre le décubitus dorsal et la station debout varie d'une hauteur égale à celle d'une ou deux vertèbres.

Mais cette chute s'accompagne d'une *bascule du foie*

en dedans, de telle sorte que le bord inférieur de l'organe, d'oblique en bas et en dehors qu'il était, tend à devenir presque vertical en se rapprochant de la colonne lombaire. Telle est l'éventualité la plus fréquemment rencontrée (60 % des cas environ). (*schéma n° I*).

Schéma n° I



Obs. XXXIII. — Grosse vésicule en poire.
Malade présentant des douleurs para-ombilicales qui correspondent sous l'écran à la vésicule. Celle-ci suit nettement la chute du foie en dedans.

Cependant, il est juste de dire que le degré de cette déviation du foie vers la ligne médiane est variable. Au maximum, dans l'une de nos observations

(obs. XVI) la chute du foie en dedans était si accentuée que nous avons trouvé, en position debout, la vésicule à *gauche* de la ligne médiane sur le flanc de la 5^e vertèbre lombaire. Le foie était véritablement basculé.

La plupart du temps, cette déviation interne est moins accentuée. Mais il est cependant fréquent de voir le bord inférieur du foie, presque vertical, venir s'appliquer sur le bord des vertèbres lombaires, l'ombre vésiculaire venant se plaquer au-devant de l'ombre vertébrale.

En décubitus ventral, cette manœuvre est déjà amorcée. La vésicule biliaire est généralement en situation intermédiaire à celle qu'elle occupe en position debout et en décubitus dorsal. Elle est généralement plus bas située que dans cette dernière position et plus proche de la ligne médiane.

Dans 40% des cas environ, cette bascule en dedans du foie ne se produit pas. La vésicule biliaire conserve approximativement les mêmes rapports avec le bord droit de la colonne lombaire en station verticale qu'en décubitus dorsal.

Le bord inférieur du foie n'est pas non plus dévié en dedans et reste oblique en bas et en dehors.

Ce que nous venons de dire montre combien restent étroites les connexions qui unissent la vésicule avec le bord inférieur du foie.

Il semble que, dans la plupart des cas, et particu-

lièrement dans ceux où le foie bascule en dedans, la vésicule suit le déplacement du bord inférieur, entraînée par la masse hépatique.

Ce déplacement est d'ailleurs classique et Nemours Auguste, dans son *Traité de radiologie de la vésicule biliaire* indique, qu'en décubitus dorsal, la vésicule est oblique en bas et en dehors, son axe étant parallèle à celui de la 12^e côte.

En décubitus ventral, elle répond toujours à la 12^e côte par son col, mais elle pend verticalement et son axe est devenu parallèle à celui de la colonne lombaire.

Enfin dans la station debout, elle est parallèle à la colonne vertébrale.

« Parfois même, ajoute-t-il, la vésicule devient pré-vertébrale.

Il devient inutile d'insister sur l'importance de telles images qui incitent à redoubler de prudence lorsque nous ne voyons pas une vésicule et qui nous apprennent combien il faut fouiller tout l'hémi-abdomen droit en matière d'étude radiologique de la vésicule biliaire ».

Cette conclusion pourrait être la nôtre, mais N. Auguste n'a en vue dans cette partie de son *Traité*, que les vésicules saines.

Dans les cas que nous rapportons nous avons presque toujours constaté qu'en décubitus dorsal, l'axe de la vésicule est non point oblique en bas et en dehors

mais franchement vertical, parallèle à l'axe de la colonne lombaire.

Certaines images se rapprochent de celles que Chiray et ses collaborateurs ont rapportées comme caractéristiques de l'atonie de la vésicule.

Nous nous bornons à signaler cette similitude, nous réservant d'y revenir lorsque nous étudierons la pathogénie des troubles observés. Quant aux rapports avec les organes abdominaux, ils sont généralement peu modifiés, tout au moins en ce qui concerne les rapports avec le pylore et l'angle colique.

Dans plusieurs cas, nous avons constaté l'existence de déformations vésiculaires qui semblent liées à une péricholécystite accompagnée de péricolite, causant des adhérences cholécysto-coliques. Quand aux rapports avec le squelette ils constituent les seuls repères fixes auxquels nous puissions nous rattacher.

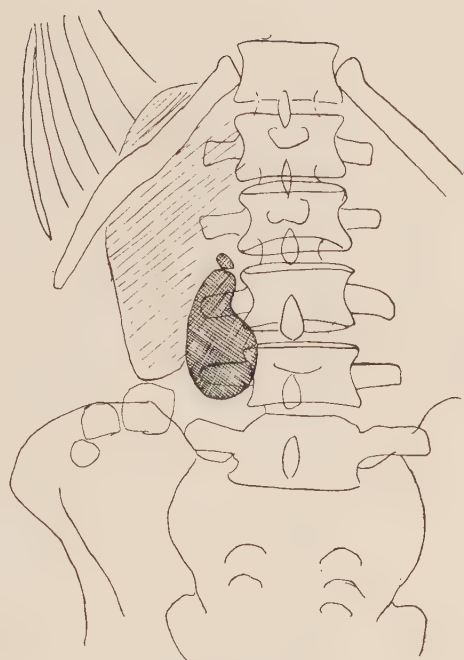
C'est donc sur l'étude de ces rapports que nous nous sommes fondés pour définir anatomiquement ce que nous entendons par *vésicules en situation basse*.

III

Les vésicules biliaires bas-situées sont celles dont le fond descend en décubitus dorsal au-dessous du bord supérieur de la 4^e vertèbre lombaire. (Cf. *schéma*, p. 33).



Décubitus dorsal



Décubitus ventral



Station verticale

Obs. X. — M^r De.... Vésicule en poire, très déformée en station debout.

En station verticale, les rapports sont plus variables car la chute de la vésicule n'est pas toujours aussi accentuée dans un cas que dans l'autre.

En général, le fond de ces vésicules basses affleure l'apophyse transverse ou le bord inférieur de la 5^e vertèbre lombaire. Certaines descendent plus bas encore jusqu'au niveau de l'aileron sacré : le fond de la vésicule biliaire est devenu un organe iliaque ou même pelvien, il descend très au-dessous de la crête iliaque.

Les raisons qui nous ont fait adopter cette définition sont multiples :

— les vésicules basses sont situées en totalité ou pour une grande part, hors des limites que les anatomistes assignent classiquement à la zone de projection des voies biliaires ;

— mieux encore, le fond de la vésicule est, dans la plupart de ces cas, probablement situé très au-dessous de l'ampoule de Vater.

On sait en effet que l'anneau duodéno-pancréatique constitue la partie la plus solidement fixée de tout le tractus digestif et il est classique d'admettre que sa situation, par rapport au squelette, varie très peu dans les diverses positions. De même, le duodénum paraît avoir gardé sa place dans les viscéroptoses abdominales accentuées et généralisées, sauf parfois le bulbe et la partie supérieure du deuxième duodénum qui descendent en même temps que l'estomac.

On peut donc penser que le fond des vésicules bas-situées est placé sur un plan inférieur à celui de l'abouchement du cholédoque dans le duodénum.

Enfin, au point de vue radiologique, Nemours Auguste donne comme limites extrêmes de descente du fond de la vésicule en station verticale le disque L3-L4. Il s'agit évidemment de la description des vésicules dites sthéniques et normales, correspondant à la moyenne des cas observés.

Il nous paraît donc légitime de considérer que sont bas-situées les vésicules dont le fond, en décubitus dorsal, descend à la limite extrême où normalement peut se trouver le fond de la vésicule en station debout.

Nous répétons que nous rejetons du cadre de cette étude, les vésicules abaissées par une hypertrophie hépatique.

IV

Il nous reste à établir les raisons qui nous font adopter, pour décrire le syndrome dont nous nous occupons, le terme de « vésicules biliaires bas-situées » et non pas celui de « ptose de la vésicule biliaire ».

Qu'on nous permette de faire un bref retour anatomique, d'étudier succinctement les moyens d'union de la vésicule avec le bord inférieur du foie.

Les anatomistes s'accordent en général pour consi-

dérer que le fond de la vésicule est libre et flottant dans l'abdomen, complètement recouvert de péritoine qui se continue avec le péritoine hépatique et constitue la seule attache au foie de cette portion de l'organe.

Dans la plupart des cas, tous les auteurs se trouvent également d'accord pour dire que la face supérieure du corps de la vésicule est relié à la partie correspondante de la fossette cystique de la face inférieure du foie par du tissu cellulaire lâche traversé de nombreux vaisseaux artériels et veineux de petit calibre.

La face inférieure du corps est recouverte de péritoine qui passe en pont au-dessous de la vésicule pour se continuer avec le péritoine hépatique.

Le péritoine entoure d'ailleurs complètement la partie du corps qui est contiguë au col et forme un véritable méso à cette portion de la vésicule que l'on pourrait appeler avec Luschka, *infundibulum* de la vésicule biliaire.

Enfin, le col de la vésicule est entouré d'un méso qui se continue ensuite autour du canal cystique et va se confondre avec le petit épiploon.

Poirier et Charpy, Testut et Latarjet décrivent, dans certains cas qu'ils considèrent comme rares, un véritable mésocyste à la vésicule. Celui-ci entoure complètement la vésicule et constitue le seul organe suspenseur du foie. La mobilité du cholécyste s'en

trouve donc considérablement augmentée. Gilbert, dans un article écrit en collaboration avec Parturier considère que cette disposition est relativement fréquente puisqu'ils l'auraient rencontrée dans 11 % des cas autopsiés par eux.

Dans 5 % des cas même, ce méso a plus de 1 cm 1/2 et donne à la vésicule une mobilité particulière. Enfin, les auteurs rapportent un cas dans lequel ils trouvèrent la vésicule battant contre la paroi abdominale. Elle suivait les déplacements de la masse intestinale en tordant son méso et en basculant sur son axe.

Les différences extrêmes de saillie et de retrait présentaient un écart de 8 cm. !

Par contre Grégoire prétend n'avoir jamais rencontré ce mode d'union de la vésicule à la face inférieure du foie.

Quoiqu'il en soit, on peut admettre que si cette disposition anatomique existe, elle doit favoriser la mobilité et la chute de la vésicule biliaire.

Dans les cas où existe un tel méso relâché, on conçoit que les mouvements du cholécyste acquièrent une certaine indépendance par rapport au foie et qu'on puisse alors parler de ptose de la vésicule biliaire.

De même pourrait-on parler de ptose, dans les cas de faiblesse congénitale du tissu conjonctif entraînant un relâchement du tissu cellulaire qui unit foie et

corps de la vésicule. Dans ces cas également, la vésicule est plus ou moins libérée de ses attaches hépatiques et on peut en déduire qu'il s'agit d'une ptose vraie.

Mais dans la plupart des cas, la situation basse de la vésicule n'est qu'un des éléments du tableau clinique de dislocation verticale de l'abdomen ou de viscéroptose abdominale généralisée pour reprendre l'expression de Glénard.

Il s'agit généralement de sujets longilignes, femmes surtout, dont le foie est bas situé, et entraîne par là-même la chute de la vésicule.

Nous avons essayé d'établir une discrimination fondée sur les résultats de l'examen radiologique dans les diverses positions entre la ptose et la simple situation basse de la vésicule. Nous pensions que, dans le cas de chute associée du foie et de la vésicule, les rapports de situation entre les deux organes se modifiaient peu dans le passage du décubitus dorsal au décubitus ventral et à la station debout.

Par contre, dans les cas de ptose vésiculaire vraie, on voyait la vésicule s'éloigner du foie et les rapports entre les deux organes se modifier suivant la position envisagée.

En réalité, il n'en est rien. Bien mieux, la radiographie n° II que nous reproduisons et qui est due à l'obligeance de M. Leuret, montre une vésicule biliaire calculeuse en position basse puisque son fond affleure



Radio n° II

Cholecystite calculeuse.

Cliché de M. le Docteur Leuret, chirurgien de l'Hôpital St-Joseph.

Cette vésicule en situation basse paraissait, sur le cliché, indépendante de l'ombre hépatique. A l'intervention, les deux organes étaient intimement accolés. Le foie, très ptosé, entraînait en bas la vésicule.

la crête iliaque et l'apophyse transverse de la 5^e lombaire alors que la radio a été prise en procubitus.

D'autre part, la vésicule pend verticalement alors que le rebord hépatique reste franchement oblique en bas et en dehors et forme avec l'axe du cholécyste un angle aigu mais à large ouverture.

Nous avons assisté à la cholécystectomie qui a été pratiquée chez cette malade. Le corps de la vésicule était uni au foie par du tissu cellulaire non relâché et il n'y avait nulle trace de mésocyste. Par contre, on attirait très facilement le foie vers le bas et on peut penser que c'est la ptose hépatique qui a entraîné la chute de la vésicule.

C'est pourquoi avec N. Auguste, nous ne partageons pas l'opinion de d'Amato qui, se fondant sur la situation de la vésicule par rapport au squelette, appelle ptosée une vésicule biliaire correspondant à L5. L'emploi du terme de ptose vésiculaire nous paraît abusif dans bien des cas. C'est pourquoi nous lui préférons celui, plus général, de vésicule bas-située aucune discrimination clinique ni radiologique n'étant possible pour définir la ptose vésiculaire vraie.

DEUXIÈME PARTIE

Étude Clinique des Vésicules bas situées

I

Les signes cliniques par lesquels se manifeste la situation basse de la vésicule, n'ont, de prime abord rien de caractéristique : ce sont des signes banaux de cholécystite chronique.

On sait qu'on décrivait autrefois ces symptômes sous le nom de « petits signes de la lithiase biliaire » alors qu'aujourd'hui on considère qu'ils appartiennent tout autant à la cholécystite chronique simple qu'à la cholécystite calculeuse.

Faite en grande partie de symptômes d'emprunt, gastriques et intestinaux surtout, cette symptomatologie est loin d'attirer d'emblée l'attention sur la vésicule d'autant qu'en général, les troubles vésiculaires ne sont pas isolés, mais associés à des symptômes

de ptose gastrique concomitante, voire même à des troubles plus importants de l'appareil digestif. Un grand nombre de nos malades, en effet, sont atteints pour reprendre l'expression de Cruveilhier de « dislocation verticale de l'abdomen », présentant à la fois une ptose de l'estomac, du foie, des reins, du colon transverse, etc.

Certains cas sont nets :

Les phénomènes douloureux revêtent l'allure caractéristique de la *colique hépatique*.

Mais la plupart du temps les symptômes sont plus atténués.

Les crises douloureuses prennent plus volontiers, l'aspect larvé de la *colique vésiculaire* ; douleurs à début brusque siégeant à la fois à l'épigastre et à l'hypochondre, présentant des irradiations ascendantes dans le flanc droit, le dos et l'épaule, la nuque. L'acuité de la douleur est variable, elle peut être extrêmement vive. Elle s'accompagne souvent de brûlures gastriques avec renvois acides, de nausées et souvent même de vomissements alimentaires et bilieux.

Ces crises douloureuses ne sont pas en rapport avec les repas. Elles ont généralement un horaire nocturne, mais le fait est inconstant. Elles se répètent bien souvent pendant plusieurs jours, mais de façon capricieuse. La sédation, entre les phénomènes

douloureux, n'est pas nette et parfois les malades ont souffert 10, 15 jours (obs. I, XVIII, XXVII), d'autres seulement deux ou trois chaque fois (obs. XIX). Elles ne sont pas calmées par l'alimentation, mais l'apparition des vomissements peut marquer la fin de la crise.

Bien souvent les phénomènes douloureux prennent l'aspect de *crises tardives*, réalisant un syndrome de *dys-pepsie hypersthénique*. Chez cinq de nos malades, les crises apparaissaient ainsi 4, 5 h. après les repas, prenant le type de brûlures et de tiraillements calmés par des vomissements d'hypersécrétion acides ou par des vomissements bilieux.

Dans d'autres cas, ce sont des *douleurs précoces*, survenant une heure ou deux après le repas de midi, plus rarement après celui du soir : sensation de pesanteur gastrique, de distension, avec des irradiations variables, parfois dorsales, transfixiantes ou gauches.

Ces phénomènes se calment le plus souvent par le décubitus dorsal. Ils s'accompagnent dans la règle, de *bouffées de chaleur* de *rougeur*, et de *vaso-dilatation au niveau de la face*, tandis que les extrémités sont refroidies et couvertes de sueurs. C'est, en somme, un tableau analogue à celui qu'il est classique d'attribuer à la congestion hépatique. On retrouve là aussi, la *tendance invincible au sommeil*, l'*asthénie* et la *torpeur intellectuelle* rendant tout travail impossible dans les

heures qui suivent le repas de midi, les troubles d'ordre sympathique se manifestant surtout après le déjeuner ; jamais, en général, après le repas du soir.

Si l'on excepte la crise douloureuse à irradiations nettes, cette symptomatologie est, somme toute, *celle d'une dyspepsie sensitivo-motrice*. Il ne faut pas oublier que ces malades sont des ptosés et il paraît difficile de rapporter à la seule vésicule l'origine de ces troubles dont peut être également responsable la ptose gastrique.

Les nausées sont fréquentes et prennent bien souvent un caractère particulier : ce sont des *nausées du matin*. Au réveil, la bouche est amère et pâteuse, la langue est sèche et généralement saburrale, les phénomènes se calment lors du premier déjeuner.

Ce sont des *nausées* qui surviennent *dans les véhicules fermés*, rendant parfois impossibles les voyages dans les transports en commun, le chemin de fer, etc.

Ce sont des *nausées des secousses* qui se voient en auto, sur de mauvaises routes.

Enfin, ces nausées peuvent s'accompagner de *douleurs gastriques*, être comme elles rythmées par les repas, spécialement celui de midi.

Elles sont bien souvent en rapports avec l'alimentation et chez un grand nombre de nos malades, on a pu noter l'influence des graisses, des œufs, des épices dans l'apparition des phénomènes douloureux.

Après l'institution du régime, le moindre écart fait, bien souvent, réapparaître les phénomènes douloureux gastriques ou vésiculaires.

Ainsi a pu se développer une anorexie tenace, persistante, le plus souvent élective, mais parfois quasi-totale, entraînant un amaigrissement progressif qui atteint souvent des proportions considérables : 8 kg., 10 kg., même (obs. I).

Les vomissements sont de tous les types :

Vomissements alimentaires, survenant lors des périodes algiques, calmant généralement les douleurs.

Vomissements de liquide d'hypersécrétion acide pouvant être aussi dus à la ptose gastrique.

Enfin *vomissements bilieux purs* survenant parfois au cours de véritables *crises bilieuses*, analogues à celles qu'ont décrites Chiray et Gérolami. Elles débutent la nuit, vers une heure du matin. Une crise de migraine occipitale ou péri-orbitaire commence la scène. Puis des douleurs sous-hépatiques et parfois épigastriques marquent l'acmé de la crise : douleurs à irradiations ascendantes vers l'épaule droite, le cou, la nuque. Enfin, la crise se termine par des vomissements abondants alimentaires, puis bilieux.

La crise peut se reproduire plusieurs jours de suite pendant lesquels le malade est asthénisé, présente du subictère des conjonctives, tandis que les urines sont

teintées. La diarrhée est fréquente et les selles sont bien souvent décolorées.

Puis la fin de la crise est suivie d'un état d'euphorie et de mieux-être passagers jusqu'à ce qu'un nouvel écart de régime vienne provoquer une nouvelle crise.

Chez deux de nos malades, nous avons relevé l'existence d'hématémèses. Celles-ci ont été assez abondantes et répétées pour que, dans l'un des cas, une transfusion ait été jugée nécessaire (obs. III et XIII). Chez toutes deux, on avait posé, malgré l'absence de signes radiologiques, le diagnostic d'ulcère digestif, et c'est l'intervention exploratrice qui a montré l'intégrité de l'estomac et du duodénum. Ce n'est qu'ultérieurement, lorsque ces malades sont venus consulter dans le service, qu'on a rattaché rétrospectivement à leur origine hépatique ces hématémèses.

Le fait d'ailleurs, n'est pas pour surprendre, étant donné la fréquence reconnue à l'heure actuelle, des hématémèses au cours des cholécystites et plus généralement des états hépato-vésiculaires.

Quant aux perturbations du chimisme gastrique, elles nous sont apparues variables, le tubage après injection d'histamine montrant tantôt de l'hyperchlorhydrie, tantôt une chlorhydrie normale ou diminuée.

Les symptômes intestinaux associés sont à peu près constants. Le plus souvent, il s'agit d'une simple

constipation, mais opiniâtre, ne cédant qu'à l'emploi prolongé des laxatifs. Cette constipation est souvent entrecoupée de diarrhées qui, nous l'avons vu, peuvent survenir au cours des crises bilieuses.

Dans d'autres cas, il s'agit d'une véritable colopathie muco-membraneuse, avec ses caractéristiques essentielles : rareté anormale des gardes-robes, insuffisance quantitative des selles, avec de temps à autre, débâcles pseudo-diarrhéiques, présence de mucus et de muco-membranes.

On sait la fréquence au cours de cette affection des troubles de la sécrétion biliaire (Faroy) : acholie, décoloration partielle des selles qui ont un aspect mastique. Il reste à prouver que ces phénomènes sont liés à la colopathie au cours de laquelle ils sont si fréquemment décrits ou, au contraire, relèvent primitivement d'un trouble dans l'évacuation vésiculaire.

D'ailleurs, fréquemment, ces malades souffrent de l'intestin. Bien souvent, ils accusent des douleurs spontanées de la fosse iliaque droite ou de la région péri-ombilicale et nombre d'entre eux portaient la cicatrice d'une appendicectomie qui n'avait en rien amélioré leur état.

Enfin, tous ces malades accusent des phénomènes douloureux spasmodiques de l'intestin, en particulier au niveau du colon descendant et de l'anse sigmoïde.

Nous reviendrons dans l'étude pathogénique sur ces

phénomènes douloureux intestinaux d'observation déjà ancienne que nombre d'auteurs ont décrit sous le nom « d'affection bi-polaire » ou de « typhlo-cholécystite ».

D'ailleurs, on ne peut attribuer à la vésicule seule, l'origine de tous les troubles observés. La ptose gastrique et la ptose colique jouent certainement un rôle important dans la constitution du syndrome clinique. Un grand nombre de ces phénomènes peuvent se rencontrer, en l'absence de chute de la vésicule.

Les *migraines* et les *céphalées migrainoïdes* sont un symptôme à peu près constant :

— *migraines quotidiennes de l'après-midi*, dont certains de nos malades souffraient déjà depuis plusieurs années ;

— *céphalées localisées*, à siège péri-orbitaire, pariétal, occipital surtout ; souvent liées à des écarts de régime, associées à des douleurs de la fosse iliaque droite et de l'hypochondre.

Enfin, crises bilieuses dont nous avons déjà signalé l'existence, avec fièvre, diarrhée, algies droites. L'alternance de ces crises avec les simples migraines prouvent l'origine vésiculaire de ces céphalées. Faroy, dans un travail récent, a insisté sur la fréquence des migraines causées par les affections vésiculaires. Sur 200 observations rapportées par lui, 65% des migraineux étaient atteints d'affections vésiculaires.

L'ictère est un symptôme fréquent. Nombre de nos malades font remonter à un ictère ancien l'origine de leurs troubles digestifs. Dans d'autres cas, des poussées d'ictère ont accompagné les poussées douloureuses.

Plus souvent, on note des signes discrets, mais plus persistants ; le teint est blanc jaunâtre, rappelant celui de la cholémie familiale. Il existe du *subictère* des conjonctives et des muqueuses, souvent pendant plusieurs semaines et particulièrement à la suite d'épisodes douloureux.

Les selles sont partiellement décolorées, souvent diarrhéiques, d'odeur fétide.

Les urines sont anormalement foncées, contiennent constamment de l'urobiline et de l'indican, mais la véritable cholurie est rare et ne persiste jamais.

Ces poussées ont soulevé de nombreuses discussions pathogéniques. Nous dirons seulement que nous avons constaté chez les malades « en crise » une augmentation passagère de volume du foie qui est sensible à ce moment et qui redevient bien souvent de volume normal, à la fin des poussées.

Nous n'insisterons pas sur les *crises cardiaques* : il est banal de signaler au cours des cholécystites, l'existence de palpitations, d'extra-systoles.

On sait l'importance que Chiray et ses collaborateurs ont attribuée aux *signes nerveux* dans le tableau

clinique qu'ils ont décrit sous le nom d'*atonie vésiculaire*.

Nous nous sommes attachés à l'étude de ces symptômes. Nous avons noté fréquemment la *tristesse*, *l'état anxieux*, *susceptible*, *irritable de nos malades*.

L'asthénie est fréquente et non seulement physique mais psychique.

L'anidéation, la torpeur, la lenteur dans l'évocation des idées, cet état si particulier de viscosité mentale » nous ont paru surtout fréquents après le repas de midi. En général ces troubles cessent vers 5 ou 6 h. et la première partie de la soirée en est exempte.

Nous avons déjà noté ces phénomènes, de même que la fréquence de la somnolence post-prandiale.

Par contre, l'*insomnie* est fréquente, le sommeil léger, facilement interrompu.

Mais il s'agit là, en somme, de troubles banaux au cours des cholécystites et rien ne vient prouver qu'il s'agisse constamment d'un état d'hypervagotonie, cause de tous les troubles observés.

Nous n'avons que très rarement constaté le dermographisme, l'érythème pudique, la pâleur bleutée de la peau que Zitzermann, dans sa thèse, donne comme signes de déséquilibre neuro-végétatif.

Jamais nous n'avons constaté d'anesthésie cornéenne, ni pharyngée.

Quant au *réflexe oculo-cardiaque*, les résultats

s'en sont montrés variables : dans certains cas, il était nettement inversé. Dans d'autres, nous l'avons trouvé normal, jamais nous n'avons constaté d'exagération.

On sait d'ailleurs avec quel scepticisme il faut interpréter les résultats de cet examen, de même que ceux des diverses épreuves pharmaco-dynamiques qui ont pour but de renseigner sur le tonus du vague et du sympathique.

A ce propos, signalons qu'une de nos malades, présente un ensemble de troubles psychopathiques qui relèvent d'une hypersympathicotomie puisqu'il s'agit d'une petite basedowienne et qui cependant a une vésicule en situation basse.

II

Le retentissement général est quasi constant. La plupart de nos malades sont des amaigris, plus souvent par restriction alimentaire que du fait de leurs douleurs. Disons à ce propos que leur état psychique particulier est bien fait pour amplifier le retentissement des phénomènes douloureux.

La température est variable, comme au cours de tous les états vésiculaires. Les accès fébriles à 38°, 39° ont pu parfois être notés au cours des poussées douloureuses. Le plus souvent l'hyperthermie est discrète, les poussées n'excèdent pas 38° et bien plutôt nous

notons une instabilité thermique qui se traduit par une température vespérale excédant de quelques dixièmes 37°5.

Si, comme nous l'avons vu, l'amaigrissement a pu, dans certains cas déjà anciens, être considérable (Cf. obs. I), nous n'avons cependant jamais rencontré de ces états alarmants qui pourraient faire penser au premier abord à la tuberculose pulmonaire, états qu'ont décrit Chiray et Sémelaigne. En somme, les signes fonctionnels et généraux observés dans les cas de situation basse de la vésicule, n'ont rien de caractéristique. Ce sont des signes banaux de cholécystite chronique et ils revêtent les caractéristiques essentielles de cette affection. Il s'agit de petits incon-vénients dyspeptiques et douloureux quotidiens, prolongés, cédant mal au traitement symptomatique et aux traitements habituels et sur lesquels viennent se greffer de temps à autre, des poussées aiguës plus caractéristiques, souvent provoquées par des écarts de régime.

III

L'examen physique nous donnera des renseignements plus importants.

C'est sur ses données, jointes à ce que nous avons vu des résultats de l'examen radiologique après opacifi-

cation du contenu vésiculaire, que nous avons pu isoler le tableau clinique particulier qui caractérise les vésicules bas-situées.

Empressons-nous de signaler que jamais, à l'examen clinique, nous n'avons perçu, de façon certaine, la tumeur vésiculaire. C'est seulement l'étude radiologique qui nous a permis de considérer comme vésiculaires, certains points douloureux anormalement bas-situés, qui, de ce fait auraient pu exposer à des erreurs de diagnostic.

Il s'agit, en général, de sujets longilignes, à angle xypho-thoracique aigu, avec grande distance xypho-pubienne.

Le ventre de ces malades, comme celui de tous les ptosiques doit être examiné de profil dans la station debout. Il a un aspect variable selon l'ancienneté de l'affection ou son degré de gravité. Il est *prolabé en besace*, ou *plat* ou *excavé* dans les cas d'amaigrissement important. Ballonné, tendu par périodes, ou au contraire, mou, flasque, dans d'autres, il varie selon les phases d'accalmie ou de douleurs exaspérées, de constipation opiniâtre ou de débâcles. Dans tous les cas, l'*hypotonie abdominale* est un fait à peu près constant.

L'examen de l'estomac révèle la ptose. Par phonendoscopie on constate que l'ère de percussion gastrique est augmentée, dans le décubitus dorsal.

La palpation du creux épigastrique réveille une douleur dans la région du *plexus solaire*.

Cette douleur s'exagère lorsqu'on fait passer le patient, de la position couchée à la position assise. Bien souvent, d'ailleurs, dans cette position, le malade accuse des douleurs spontanées de la région épigastrique. Certains mouvements exagèrent ces douleurs, comme celui d'élever les bras (signe de l'armoire).

Par contre *la manœuvre de la sangle* de Glénard atténue la douleur solaire, qui se réveille plus vive lorsqu'on relâche l'abdomen et qu'on le laisse retomber en masse.

Tous ces signes sont *des signes banaux de ptose gastro-intestinale* auxquels vont s'associer des *signes hépatovésiculaires*.

Le foie a généralement un volume normal. Dans certains des cas que nous rapportons, la hauteur hépatique atteint 8 à 9 cm., ce qui indique une légère augmentation de volume, mais elle n'excède jamais ces chiffres.

Par contre, le *foie est abaissé*. Son bord supérieur est nettement au-dessous de la 6^e côte ; parfois il descend jusqu'à la 8^e ou 9^e côte sur la ligne mamelonnaire.

Le bord inférieur, en position couchée, dépasse largement le rebord costal, en général de 2 ou 3 travers de doigt. Mais comme nous l'avons vu, la chute du

foie n'est pas seulement verticale, elle se fait également en dedans.

Cette bascule du foie rapproche de la ligne médiane et de la région ombilicale, son bord inférieur, qui tend à prendre une direction verticale, parallèle à la colonne lombaire.

En général, *le foie n'est pas douloureux*, cependant nous avons fréquemment noté de la sensibilité au niveau de son bord inférieur. Celle-ci n'est pas spontanée, mais apparaît à la palpation et elle est généralement plus marquée à la partie haute de la région épigastrique, au bord inférieur du lobe gauche du foie.

Mais on ne réveille de véritables douleurs que *lors des poussées*. A ce moment, en particulier, *avant* ou *au cours des crises bilieuses*, après des écarts de régime prolongés, on constate une *augmentation de volume du foie*, qui peut atteindre 11, 12 cm. et plus sur la ligne mamelonnaire et descend fréquemment jusqu'en dessous des crêtes iliaques.

Ce foie turgescent est douloureux, parfois spontanément, mais surtout à la palpation. Celle-ci est d'ailleurs rendue plus difficile par une mise en tension de la portion sus-ombilicale du grand droit de l'abdomen du côté droit. Mais, au bout d'un temps variable, après la crise ; le traitement et quelques semaines de régime font tout rentrer dans l'ordre et le foie reprend

son volume normal. Il s'agit en somme, d'une poussée d'hépatite passagère.

Dans la station verticale, il est difficile de palper le bord inférieur du foie. Il semble cependant que l'organe descende en bas et en dedans, suivant le mécanisme déjà décrit : La ptose s'accroît en station verticale et bien souvent, le bord inférieur du lobe droit se trouve situé au-dessous des crêtes, alors que le volume du foie reste normal.

Nous n'insisterons pas sur les signes classiques de cholécystite : certains de nos malades présentent des points douloureux au niveau du 9^e cartilage ; chez d'autres, on réveille une douleur dans la zone pancréatico-cholédocienne de Chauffard et Rivet.

Plus importante, à notre avis, est la manœuvre de Murphy ; qu'on nous permette de rappeler sa description :

Murphy appelle « palpation par accrochage profond », une manœuvre utilisée par lui dans l'examen d'une vésicule, et où le diaphragme intervient. Le médecin se place debout derrière le patient assis, et sa main droite se recourbe sous le rebord costal à l'extrémité du 9^e cartilage. Le patient est alors requis de faire une respiration profonde et à la fin de l'expiration, les doigts qui examinent, cherchent la région vésiculaire et la fixent par en-dessous. Le diaphragme descendant avec le début de l'inspiration, abaisse le

foie et la vésicule et, s'il existe une cholécystite ou une obstruction vésiculaire, la descente est brusquement arrêtée avec un gémissement du patient car le diaphragme, agissant comme le grand piston de la respiration, pousse la vésicule malade contre la main fermement maintenue, et le résultat est une cessation brusque de l'acte inspiratoire ».

Chiray, Lomon et Albot préconisent une manœuvre à peu près analogue : *palpation profonde en position assise*.

La main est amenée au contact de la colonne lombaire, puis les doigts se relèvent et se fléchissent vers la face inférieure du foie. Leur extrémité arrive ainsi dans la région du col vésiculaire et détermine une douleur vive et bien localisée.

La méthode préconisée par ces auteurs nous semble intéressante à *deux points de vue* particuliers :

l'un d'ordre clinique. Elle ne limite pas ses recherches à l'extrémité de la 9^e côte et au bord inférieur du grill costal. La main qui palpe, prenant comme point de repère la colonne lombaire, explore un champ beaucoup plus large. Cette méthode s'adapte mieux à la variabilité des dispositions anatomiques et permet de repérer plus exactement le col de la vésicule ;

l'autre d'ordre pathogénique.

La douleur siège dans la région du col de la vési-

cule, au hile vasculo-nerveux de l'organe et c'est là qu'en réalité, la palpation la met en évidence.

Nous estimons cependant, et plus particulièrement dans le cas qui nous occupe des vésicules en situation basse, que les repères osseux, du fait de leur fixité sont infidèles.

Il vaut mieux, à notre avis, délimiter tout d'abord *le bord inférieur du foie*, et repérer *l'échancrure cystique*. La main qui palpe *tombe alors directement sur la région du collet de la vésicule*, y réveille la douleur et provoque le réflexe inhibiteur de l'inspiration.

Quelle que soit la position du foie, c'est avec certitude que, de cette manière, on palpe la région du cholécyste.

On distingue ainsi aisément la douleur vésiculaire des douleurs liées à l'hépatite : dans ce cas le bord inférieur du foie tout entier est douloureux, alors que dans les cholécystites, la douleur est localisée à la région cystique.

Le même signe peut être mis en évidence, en *décubitus latéral gauche* comme l'ont décrit Chiray et ses collaborateurs.

On augmente, par cette position, la bascule du foie en dedans et l'échancrure vésiculaire correspond à la partie gauche de l'épigastre. En palpant profondément à ce niveau, on réveille la même douleur inhibitrice de l'inspiration.

Si ce point douloureux correspond bien au col de la vésicule, lorsque celle-ci est en situation basse et déborde nettement le rebord hépatique ; dans les cholécystites banales, sans chute de la vésicule, il nous paraît, au contraire, que le signe de Murphy met en évidence la souffrance du corps [et du fond du cholécyste. En effet, en situation normale, le fond de la vésicule déborde à peine le rebord hépatique et c'est lui qui vient se présenter à la main qui palpe.

Dans la situation basse de la vésicule, le corps et le fond sont également douloureux.

Il est, en effet, des points plus bas-situés que nous avons fréquemment mis en évidence dans les cas que nous rapportons.

Nous avons signalé que la plupart de nos malades se plaignaient de phénomènes algiques dans la *fosse iliaque droite*.

Une palpation attentive de cette région nous a permis de localiser ces douleurs.

Elles siègent généralement dans *la région para-ombilicale*, soit sur *l'horizontale de l'ombilic*, soit à 2 ou 3 cm. de celui-ci, ou encore *sur la ligne qui unit l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure*, à l'union de son tiers interne et de son tiers moyen.

Enfin les points douloureux peuvent être encore plus bas-situés et correspondre exactement aux *points de Mac Burney ou de Lanz*.

Leur topographie varie d'ailleurs, chez un même sujet, *avec la position* qu'on lui fait prendre : tel malade, *en décubitus*, présentait un *point douloureux para-ombilical* ou *plus haut situé* alors qu'en station debout on retrouvait ce *point douloureux* au point de Mac Burney.

Chez une de nos malades même (obs. XVI) ce point douloureux, para-ombilical en position couchée, devenait para-vertébral gauche dans la station debout.

Or ces points correspondent bien au corps de la vésicule et à son fond.

— Nous avons déjà insisté sur *le caractère nauséeux* que prend souvent le signe de Murphy. De même, la palpation profonde, au niveau de ces points douloureux bas-situés, réveillait souvent des nausées chez nos malades et ce caractère nauséeux, à notre avis, a une certaine valeur en faveur de l'origine vésiculaire de la douleur.

— De plus, ces douleurs de la fosse iliaque droite présentent dans la règle des irradiations ascendantes vers l'hypochondre et l'épaule droite.

— Surtout la *palpation attentive et précise* permet dans tous ces cas, de mettre en évidence l'*indépendance de ces points douloureux par rapport au cæcum*.

On repère la douleur avec exactitude, puis la fixant d'un doigt, on palpe de l'autre main le cæcum. On sent nettement son ressaut en dehors de la zone

douloureuse. Le cœcum nous est apparu parfois, gargouillant, parfois un peu spasmé, roulant sous la main, *mais généralement indolent*.

L'observation de ces symptômes nous a été particulièrement facile chez la malade dont l'histoire clinique est rapportée dans notre première observation. Cette malade avait considérablement maigri depuis le début de ses troubles digestifs et sa paroi abdominale particulièrement atone, rendait facile la palpation des organes sous-jacents. C'est ainsi qu'on pouvait suivre chez elle, avec toute facilité, le trajet colique dans son entier.

Or, elle présentait sur la ligne ombilico-iliaque droite, un point douloureux situé à 3 cm. du cœcum, absolument indépendant de celui-ci.

— *La manœuvre de la sangle atténue souvent ces douleurs.* On repère le point douloureux dans la station verticale et on fait ensuite relever à deux mains par le malade sa masse abdominale vers le thorax. On constate alors une atténuation de la douleur qui reprend plus vive, lorsqu'on abandonne brusquement la masse intestinale ainsi remontée. C'est en somme une manœuvre analogue à celle que préconise Glénard dans la ptose gastrique.

De même nous avons constaté que, dans certains cas, le *décubitus* calmait les points douloureux. La diges-

tion se fait plus facilement, lorsque le malade s'étend quelque temps après le repas.

L'observation II est à ce point de vue caractéristique. La malade présentait une douleur de la fosse iliaque droite, à type de gonflement, irradiant dans le dos. A la palpation, on trouve un point douloureux dans la région de Mac Burney. *Mais ces signes ne s'observent qu'en station verticale et ils sont calmés par le décubitus.*

Ces faits s'expliquent, selon toutes probabilités, parce que la manœuvre de la sangle, comme le décubitus, relèvent le cholécyste. On supprime de cette façon le tiraillement des filets nerveux, la vésicule se vide mieux ; elle est moins tendue et partant moins douloureuse ; la pression qu'elle exerce sur ces organes avoisinants est moindre.

— Mais surtout la preuve de l'origine vésiculaire de ces phénomènes algiques est donnée par la *concordance exacte entre les points douloureux observés et la topographie radiologique de la vésicule.*

Nous avons déjà signalé l'observation de Mme T., (Obs. XVI).

En décubitus dorsal, on note l'existence d'un point douloureux sous-hépatique, localisé à la région péri-ombilicale droite.

Lorsqu'on palpe en station verticale, on constate

que ce point s'est déplacé au-dessous de l'ombilic et à gauche de la ligne médiane.

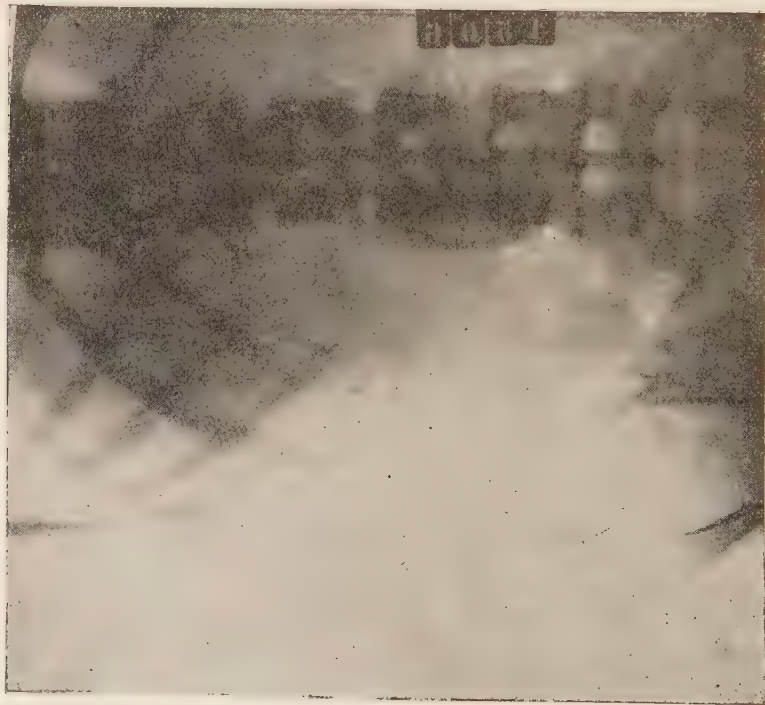
Or, en position couchée, la vésicule est pré-vertébrale droite et son fond descend au niveau de la IV^e apophyse transverse.

Debout, elle devient pré-vertébrale gauche, tandis que son fond descend au niveau du corps de la 5^e vertèbre lombaire. (Cf. *radio n° III*).

Il nous semble donc permis de conclure que ces *points douloureux correspondent bien au corps de la vésicule*, et sont distincts des points du collet ; mais comme lui ils sont variables avec la situation de la vésicule, et chez un même sujet avec les diverses positions qu'il peut occuper.

L'explication de cette douleur doit être recherchée à notre avis, dans l'existence d'une cholécystite concomitante. Dans certains cas cependant (telle l'obs. IX), il n'y a certainement pas d'infection vésiculaire. Il semble qu'alors les douleurs soient dues aux tiraillements des plexus, et surtout à la mise en tension par la bile d'une vésicule qui se vide mal. Le fait que la douleur se calme, en partie tout au moins, par le décubitus qui relâche les tiraillements et facilite l'évacuation du contenu, nous semble confirmer cette pathogénie.

Nous n'insisterons pas sur *l'étude des points dou-*



Décubitus abdominal



Station verticale

Obs. XVI. — M^{me} Te... — La vésicule pré-vertébrale droite en décubitus abdominal est devenue pré-vertébrale gauche au niveau de la 5^e lombaire en station debout. C'est à ce niveau qu'on réveille la douleur dans cette position.

loureux à distance qui sont généralement signalés au cours des cholecystites.

Conformément à l'opinion de Routkèvitch, le *point phrénique* droit nous semble très inconstant. Nous ne l'avons relevé que dans une minorité de cas, chez les malades que nous avons observés.

Par contre, le *point scapulo-apexien* nous est apparu à peu près constant et de grande valeur semiologique pour diagnostiquer l'origine vésiculaire de certains troubles digestifs.

Quant aux *points des apophyses épineuses* des 8^e, 9^e, 10^e et 11^e vertèbres dorsales, au point douloureux de l'extrémité de la 11^e côte, aux points de l'épaule droite, etc., nous les avons retrouvés de façon très diverse et très inconstante.

L'état du colon est des plus variables. On sait d'ailleurs qu'il en va de même dans toutes les colopathies muco-membraneuses.

Dans la plupart des cas, nous avons trouvé les intermittences de spasme et d'atonie, les zones alternées de contracture et de dilatation qui caractérisent cette affection.

Chez plusieurs de nos malades, l'intestin et, en particulier, le cadre colique sont ptosés ; le transverse en guirlande, descend au-dessous du pubis et bien souvent, on note l'existence d'une ptose cœcale, d'une ptose de l'angle hépatique, etc. Dans quelques cas,

également, nous avons constaté la coexistence d'une ptose rénale. Dans l'observation n° I, la malade dont nous résumons l'histoire clinique avait subi une double néphropexie ce qui d'ailleurs, n'avait pas empêché la ptose de se reproduire.

IV

Examen radiologique

On sait toute l'importance que les travaux de ces dernières années ont donné aux signes radiologiques indirects gastriques et duodénaux dans les cholécystites chroniques.

Nous n'avons noté qu'exceptionnellement l'hypertonie et l'hyperkinésie gastrique qui caractérisent le syndrome de Barklay aboutissant à une accélération de l'évacuation au début, avec cependant retard global. La seule observation nette que nous en ayons est rapportée à l'observation au n° XI.

Cela ne saurait étonner, car la plupart de nos malades sont des ptosés gastriques ayant de la gêne à l'évacuation du fait de l'état déficient de leur musculature gastrique et aussi de la situation haute du pylore et du genu superius par rapport au bas fond gastrique (14 cm. et parfois plus de différence de niveau).

Chez certains de nos malades (obs. XXVIII) la

kinésie est normale, mais l'évacuation ne se produit que lorsqu'on relève le bas fonds gastrique.

Dans certains cas existent des déplacements en masse de l'estomac. Dans l'une de nos observations, nous avons constaté qu'il se trouvait entièrement situé à gauche de la ligne médiane.

Par contre et du fait de la ptose abdominale, nous n'avons jamais trouvé le petit estomac hyper-tonique et hyperkinétique en écharpe que certains ont décrit comme « estomac biliaire » caractéristique.

Les déformations et les troubles d'évacuation duodénales nous sont apparus plus fréquents.

Dans trois cas (obs. II, XX et XXIII), nous avons constaté un abaissement de la région pyloro-duodénale avec un genu superius très bas situé au niveau de la région de Mac Burney, à peine au-dessus du pubis.

Surtout nous avons noté des déformations de la première portion duodénale qui nous est apparue étirée vers le haut, en flamme.

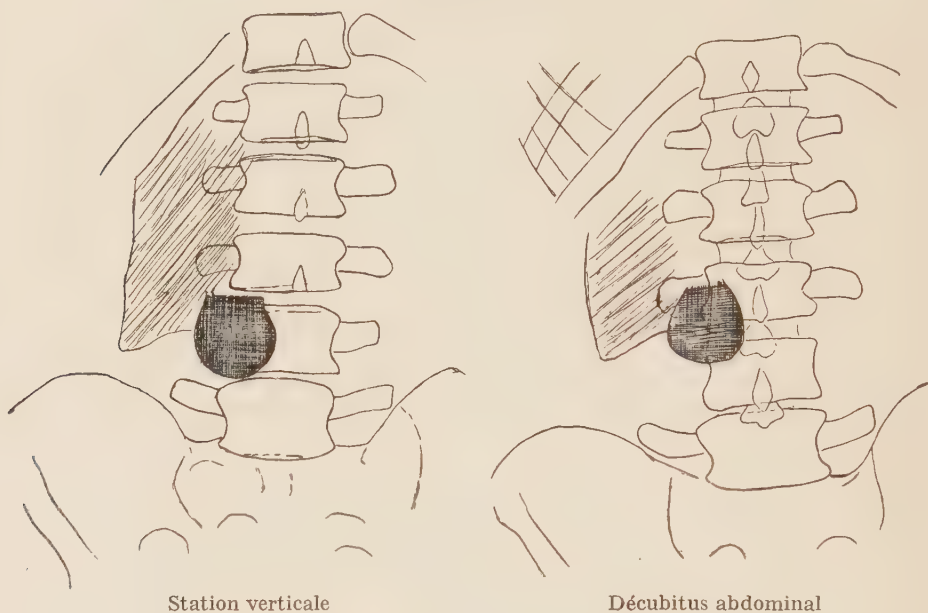
Dans une de nos observations, nous avons constaté une ante-position du bulbe duodéal avec évacuation antéro-postérieure.

Mais les troubles siègent principalement sur la 2^e portion. Dans trois de nos observations nous avons constaté des déformations à ce niveau. Dans deux cas, le 2^e duodénum présentait une angulation à sommet

interne (obs. XIV et XXI) donnant au duodénum un aspect en Σ .

Dans un autre cas, au contraire, la seconde portion du duodénum forme un angle ouvert en dedans et adhère au foie.

Schéma n° III



Obs. XXI. — M^{me} Ber. — Image de tension de la vésicule qui déformait le duodénum.

Nous pensons que ces lésions relèvent de la péri-cholécystite et, d'ailleurs, dans les deux premiers cas, l'ombre vésiculaire vient s'appuyer sur la concavité duodénale.

Enfin il faut signaler l'existence, dans certains cas,

d'une réplétion prolongée du duodénum, surtout de sa deuxième portion dont l'évacuation est retardée. Elle est parfois le siège d'un certain degré d'antiperistaltisme.

Nous avons déjà interprété les résultats des radiographies après tétraoïde de la vésicule pour définir l'entité anatomo-clinique que nous décrivons.

La morphologie de ces vésicules est très variable et nous n'avons trouvé dans l'étude que nous avons fait, aucun type caractéristique de « vésicule basse ».

Les deux types les plus fréquemment rencontrés sont :

— d'une part, l'aspect en forme de « goutte d'eau » ou de « larme » qu'il est habituel de décrire comme la forme normale du cholécyste, (Cf. *schéma n° III*) ;

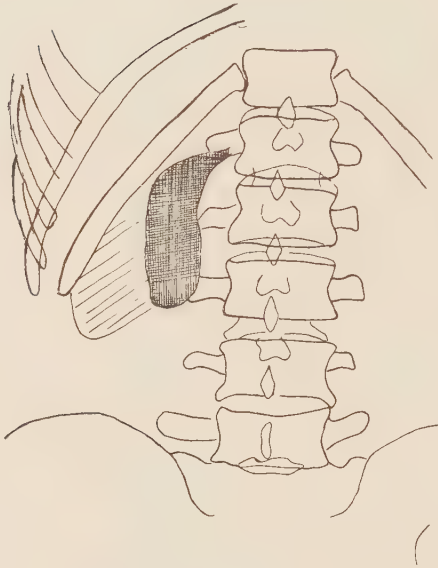
— d'autre part, l'aspect de grosse vésicule « en poire » pendant plus ou moins verticalement sous le foie, même en décubitus dorsal. (Cf. *schéma n° I*).

Dans d'autres cas, la vésicule prend un aspect plus allongé, souvent concave en dedans, en forme de croissant, ou de banane, qu'elle conserve non seulement dans le décubitus dorsal, mais qu'elle possède encore dans la station debout.

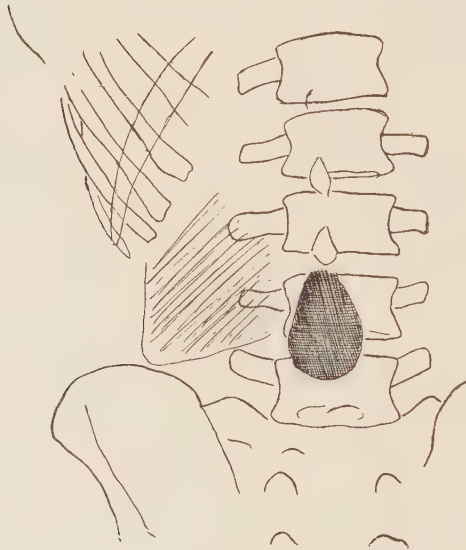
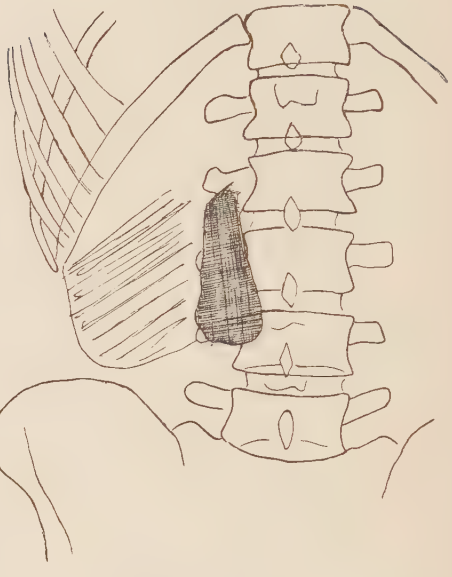
Enfin, dans plusieurs de nos observations nous avons observé des aspects analogues à ceux que Chiray décrit comme caractéristiques de la cholécystatonie (obs. XI en particulier, *schéma n° IV*).

Schéma n° IV

Décubitus dorsal



Décubitus ventral



Station verticale

Obs. XI. — M. Tro... — Vésicule d'aspect atone en battant de cloche, semblant se mouler sur les organes avoisinants.

La vésicule est comparable à la « musette à demi-remplie d'avoine » et sa forme se modifie quand on passe du décubitus ventral au procubitus et à la station debout.

Cependant nous n'avons jamais constaté l'allongement de la vésicule en décubitus ventral, ni l'élargissement de son bas fond en position debout.

Nous avons, dans ce but, mesuré un certain nombre de vésicules sur les clichés dans les diverses positions. Pour éliminer les causes d'erreur qu'aurait pu causer l'incidence différente des rayons, nous avons établi le rapport de la longueur vésiculaire à la hauteur de la colonne lombaire. Nous avons constaté que ce rapport était remarquablement constant dans les diverses positions envisagées.

De même la largeur de la vésicule ne nous a pas paru varier dans des proportions importantes.

A côté de ces types de vésicules les plus fréquents, les vésicules en situation basse nous ont donné un certain nombre d'images particulières, arrondies, « en pomme », allongées et pédiculées à fond arrondi, « en figue », etc. Ces diverses morphologies ne nous semblent pas avoir de signification pathologique particulière.

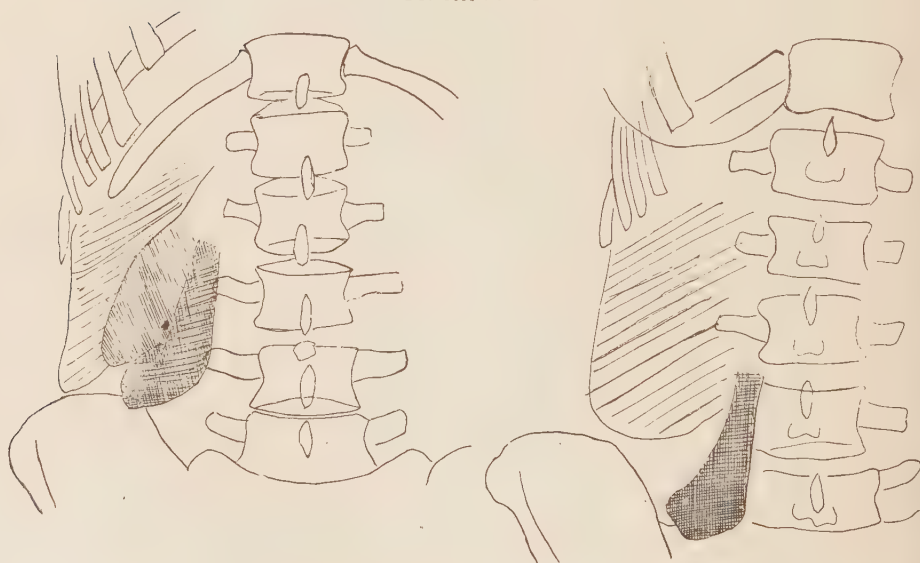
Beaucoup plus importantes sont les déformations infligées à la vésicule par la péri-cholécystite.

C'est en effet à cette cause qu'il faut attribuer, semble-t-il, certaines déformations du cholécyste.

La vésicule est attirée, son pédicule allongé, ses bords irréguliers. Parfois même, le corps de l'organe est coudé.

Dans une de nos observations, (obs. XXV, *schéma n°V*) le fond de la vésicule forme avec le corps un angle presque droit, à sommet externe. En position couchée la vésicule est séparée du foie et entre les deux organes apparaît l'ombre rénale. En station debout, cette

Schéma n° V



Décubitus abdominal

Station debout

Obs. XXV. — M^{me} God.. — La vésicule est très étirée, elle apparaît indépendante du foie en décubitus, séparée de lui par l'ombre rénale.

Elle est, en réalité, adhérente à l'angle colique qui l'attire en bas et la déforme (péricholécystite).

angulation est moins manifeste, mais persiste, tandis que l'ombre hépatique s'est rapprochée de l'ombre vésiculaire.

Il semble que le fond de la vésicule repose sur l'angle hépatique du colon (rempli de gaz) qui coude le fond vésiculaire, et qui attire en bas la vésicule en station debout du fait des adhérences qui unissent les deux organes.

Dans d'autres cas (obs. XIII, en particulier) la vésicule semble adhérer intimement au foie, son bord externe se confondant avec l'ombre hépatique. Enfin, nous avons vu que dans d'autres cas, la vésicule déformait de façon manifeste la seconde portion du duodénum, comme l'on montré des radiographies combinées des deux organes pratiquées selon la méthode de Gosset et Lœwy.

Quant aux troubles de l'évacuation vésiculaire, nous n'avons malheureusement pû les étudier de façon complète en faisant ingérer au malade un repas gras. On sait d'ailleurs avec quelle prudence, il faut interpréter les résultats des cholécystographies comparatives pratiquées avant et après l'ingestion d'un repas de Boyden.

N. Fiessinger dit à ce propos, que la densité du tétraïode dépend surtout de la facilité d'absorption intestinale et de la facilité d'élimination hépatique. Par là même, certaines vésicules apparaissent encore

très sombres après l'absorption du repas gras parce qu'elles étaient très injectées à une première épreuve. Cela ne permettrait pas d'affirmer que la faculté d'évacuation vésiculaire soit déficiente.

Nous avons, d'ailleurs, été frappés, chez des malades, d'embonpoint à peu près analogue, ayant absorbé des quantités proportionnelles de tétraoïde identiques, et dans des conditions absolument semblables, de constater des différences d'opacification vésiculaire très marquées.

Restent le tubage duodénal et l'épreuve de Metzger Lyon. Ces épreuves ont pu être pratiquées chez cinq de nos malades. Chez l'une d'elles, le tubage a été impossible, du fait du degré accentué de la ptose gastrique.

Les autres malades ont refusé le tubage ou n'ont pu être rejoints. Chez les cinq malades que nous avons examinés à ce point de vue, le tubage après ingestion de sulfate de magnésie, a généralement montré la présence de bile B.

Dans un seul cas (obs. V) la bile B. apparaît un peu teintée, vert foncé, mais limpide.

Dans un autre de nos cas (obs. XIII), on a recueilli de la bile B aux deux premiers tubages ; le troisième n'en a pas ramené. Chez cette malade d'ailleurs, comme dans l'observation XXXI, la bile contenait des

germes (staphylocoques, bacilles prenant le Gram) et des polynucléaires.

Enfin dans un cas, le tubage est resté infructueux. L'injection de sulfate de magnésie à ramené 70 cc. de bile A jaune d'or, mais l'injection d'huile d'olive même n'a pas permis de recueillir de la bile B.

En aucun cas, nous n'avons recueilli de bile hypercolorée, à plus forte raison de bile noire.

TROISIÈME PARTIE

Essai Pathogénique

On sait combien reste discutée, encore à l'heure actuelle, et cela, malgré les travaux récents, la question de la physiologie vésiculaire et, plus particulièrement celle du mode d'évacuation de son contenu biliaire.

Cependant, sans prendre parti dans ce débat et sans préjuger de la façon dont la vésicule se vide, il nous paraît plausible de penser que la situation basse entraîne une gêne fonctionnelle. Nous avons vu que la ptose hépatique se faisait par une sorte de phénomène de bascule : il semble d'après les données de la clinique, confirmées par celles de l'examen radiologique, qu'il se produise une sorte de rotation autour d'un point à peu près fixe qu'on peut localiser au niveau de l'échancrure cystique et du trajet du ligament suspenseur. Le lobe droit du foie est ainsi amené

à une position d'autant plus interne qu'elle est en même temps plus basse.

On sait aussi que la portion la plus fixe des organes digestifs abdominaux est certainement la portion constituée par l'anneau duodénal et la tête du pancréas. Et c'est précisément dans cette région que viennent s'aboucher les canaux biliaires. On conçoit que la vésicule, entraînée en bas par le foie ou ptosée par insuffisance de son amarrage ligamento-péritonéal n'ait plus ses rapports habituels avec sa voie d'évacuation cystique.

Lœper, dans un chapitre de son étude sur la « tension douloureuse de la vésicule en dehors de la lithias », a rapporté une série d'observations de vésicules « ptosées ».

Plusieurs de ses malades ont été opérés. A l'intervention, on a trouvé soit une coudure du canal cystique, soit une coudure à l'union du corps et du col de la vésicule elle-même.

Les troubles que présentaient ces malades et qui se rapprochent beaucoup des observations que nous relatons, ont été atténués soit par la cholécystogastrostomie, soit par la cholécystectomie. Il est donc permis de penser que cette coudure du cystique, conséquence de la chute de la vésicule, entraînait une stagnation de la bile vésiculaire et était à l'origine des troubles observés. Mais il est, à notre avis, un autre facteur de

stagnation, en dehors même de la coudure vésiculaire, lorsque la vésicule est bas située. Nous avons dit, dès notre définition, que nous considérions comme bas-situées, les vésicules dont le fond descendait au dessous du disque qui unit les 3^e et 4^e vertèbres lombaires et cela en position couchée.

Dans la station verticale, la vésicule descend beaucoup plus bas. Or l'abouchement du canal cholédoque dans le duodénum se fait, en général, d'après les anatomistes, au niveau du disque L3-L4.

Par sa chute, le fond de la vésicule se trouve situé sur un plan anormalement inférieur à celui qui passe par l'ampoule de Vater (Cf. *radio n° IV*).

Il nous semble que cette situation déclive du bas fond vésiculaire, par rapport au débouché cholédocien, constitue une entrave à l'évacuation de la vésicule.

Certains faits semblent confirmer cette hypothèse : le relèvement de l'abdomen par la manœuvre de la sangle ou son maintien par une ceinture et le décubitus prolongé atténuent les points douloureux et amendent, à la longue, les troubles fonctionnels.

Enfin, tous nos malades, nous avons déjà insisté sur ce point, sont des ptosés. La plupart d'entre eux présentent des troubles digestifs en rapports avec cette dislocation verticale des organes abdominaux. Nous avons signalé que, dans certains cas, on constatait



Décubitus ventral

Station décubitus dorsal



Station verticale

Obs. XXII. — M. Bas. André. — Vésicule en banane, appuyée sur l'angle colique. Sa forme se modifie suivant les positions que prend le malade. On voit nettement le bord inférieur du foie qui se rapproche de la ligne médiane et tend à devenir vertical.

à l'examen radiologique, de l'antipéristaltisme au niveau de la 2^e portion du duodénum. On sait que nombre de physiologistes attribuent un rôle important au duodénum dans le mécanisme de l'évacuation vésiculaire. Les troubles de la ptose gastrique, entraînant des modifications dans la dynamique duodénale, causent-ils par la même une gêne des fonctions vésiculaires ? Cela ne nous paraît pas impossible.

On nous objectera que nous n'avons pas confirmé ces données par l'étude de l'évacuation vésiculaire après ingestion d'un repas gras. Nous avons vu les critiques qu'on peut adresser à cette méthode et que N. Fiessinger a formulées. Nous ajouterons que, dans un cas, malgré l'ingestion de sulfate de magnésie et d'huile d'olive, nous n'avons pas pu ramener au tubage, de bile B.

La vésicule était cependant visible aux rayons après ingestion de tétraïode. On ne peut donc dire que cette vésicule était exclue. Par contre, on peut conclure que, dans ce cas, le tubage objectivait le trouble de l'évacuation vésiculaire.

Dans un autre de nos cas, on l'a vu, après avoir obtenu de la bile B à deux tubages successifs, le troisième n'en a pas ramené, ce qui montrerait aussi une irrégularité du fonctionnement de la vésicule. Tout ceci à la condition que la bile B soit spécifiquement vésiculaire.

Par contre, un fait nous a frappé au cours de cette étude : nous n'avons rencontré que fort peu d'images de « cholécystatonie ». Bien que dans de nombreux cas, les signes fonctionnels et physiques soient assez superposables aux faits qu'ont décrits Chiray et ses collaborateurs, jamais le tubage ne nous a permis d'obtenir de « bile noire », même dans les cas les plus typiques au point de vue clinique.

Il nous semble exagéré de conclure que la stagnation biliaire des vésicules bas-situées ne s'accompagne pas d'hyperconcentration de la bile. Zitzermann, dans sa thèse, rapporte l'observation d'une malade (obs. I de la thèse de Zitzermann) dont la vésicule est « grosse, très basse et atonique, touchant presque l'ombre de la crête iliaque ». Cette cholécystographie avait été faite en décubitus ventral.

Le tubage duodénal a été pratiqué à six reprises. Les cinq premiers n'ont jamais ramené de bile noire, mais seulement une « bile B normale en quantité, couleur, limpidité ».

La malade se trouva très améliorée par ces tubages, bien avant le sixième qui, lui seul, ramena de la bile noire.

Ce cas nous montre que la bile noire au tubage n'est pas un critère constant de l'atonie vésiculaire.

(Sénèque a d'ailleurs prouvé qu'il existait de la « bile noire » hépatique.)

Les tubages ayant amené une amélioration bien avant l'évacuation de la bile noire, on ne saurait par conséquent la rendre responsable des troubles que présentait cette malade. Dans le cas particulier, d'ailleurs, ces troubles nous semblent être autant le fait de la situation basse de la vésicule que de son atonie.

Cependant, la situation basse de la vésicule n'est pas forcément un facteur d'atonie. Nemours Auguste dit même que la musculature de ces vésicules bas-situées n'est pas plus faible que celle des vésicules du type sthénique. La chute vésiculaire n'est qu'un facteur de stagnation de la bile.

Cette stagnation intra-vésiculaire prédispose à l'infection.

Ch. Flandin, dans sa thèse sur la pathogénie de la lithiase biliaire, a signalé que la ptose abdominale mettait obstacle au cours de la bile et il attribuait à la stase vésiculaire une grosse importance dans la formation des calculs, et dans le mécanisme de l'infection du cholécyste.

Les problèmes généraux de la voie d'infection de la vésicule et des voies biliaires ne sont pas modifiés du fait de la situation anatomique : la chute de la vésicule ne fait que favoriser l'infection en lui préparant le terrain. Les trois voies classiquement invoquées peuvent être également mises en avant : infec-

tion autogène, infection ascendante ou intestinale, infection descendante ou sanguine.

Quelques uns de nos malades ont dans leurs antécédents, des maladies infectieuses dont il est classique de dire qu'elles se compliquent volontiers de cholécystite (fièvre typhoïde en particulier).

En réalité, cette influence étiologique reste à démontrer, dans ces cas, comme dans toutes les cholécystites.

Il est plus plausible de penser que le déficit biliaire est à l'origine des troubles intestinaux à type muco-membraneux, comme Faroy l'a signalé autrefois.

Cette colite muco-membraneuse favorise la pullulation microbienne dans l'intestin. On peut penser que par un mécanisme inverse, invoqué par Brûlé et Garban et repris dans un article récent par Jacquet et Thieffry, l'infection intestinale provoque l'infection vésiculaire.

Comme toutes cholécystites, celles-ci peuvent se compliquer de réactions péri-vésiculaires. On sait la difficulté du diagnostic clinique de ces péricholécystites. Avant l'ère radiologique, bien des adhérences à l'entour de la vésicule étaient des découvertes opératoires.

Certaines déformations radiologiques du cholécyste, certaines connexions de l'organe avec l'angle colique, le duodénum, le foie, mises en évidence sur les clichés,

nous paraissent, à l'heure actuelle, suffisantes pour affirmer, dans certains cas, ce diagnostic.

Enfin, l'hépatite peut également compliquer la cholécystite ou coexister avec elle.

Fréquemment nos malades ont présenté, dans leurs antécédents, des ictères, des troubles de la crase sanguine, qui sont la signature clinique de cette atteinte hépatique.

QUATRIÈME PARTIE

Diagnostic

Nous ne pensons pas qu'il faille établir de discrimination entre les troubles liés à la situation basse de la vésicule et ceux qui résultent de l'inflammation chronique du cholécyste et de la stase biliaire intra-vésiculaire.

Nous avons vu que la topographie anormale de la vésicule constituait une cause de stagnation biliaire dans le cholécyste. Cette stagnation entraîne une colopathie muco-membraneuse, qui, par voie de retour risque d'infecter la vésicule stasique. C'est pourquoi l'opposition avec l'*atonie vésiculaire* nous paraît plus apparente que réelle.

Il est vrai que nous n'avons jamais trouvé de bile noire au tubage, ce qui semblerait confirmer l'opinion de Nemours Auguste que la musculature des vésicules en situation basse n'est pas altérée.

En réalité, si la pathogénie des troubles observés n'est pas la même que pour l'*atonie vésiculaire*, le

résultat est cependant identique : il y a perturbation dans le fonctionnement normal du réservoir biliaire et l'argument du tubage ne nous paraît pas suffisant pour distinguer en clinique les deux affections.

La cholécystographie est indispensable. C'est elle qui montrera la situation de la vésicule et permettra de rattacher à leur origine les troubles observés.

En effet, *la situation anormale de la vésicule peut entraîner à des erreurs de diagnostic.*

C'est ainsi que l'existence de douleurs dans la fosse iliaque droite, de troubles digestifs à type de constipation, de dyspepsie sensitivo-motrice, de colopathie muco-membraneuse, et, à l'examen, la constatation d'un point douloureux dans une région voisine du point de Mac Burney ou de Lanz, ou même exactement à ce niveau, peuvent faire penser à une *appendicite chronique*.

Nombreux sont nos malades qui ont été opérés avec cette étiquette. *L'appendicectomie, cependant, n'a apporté aucune amélioration à leurs troubles digestifs et à l'état douloureux du ventre. L'examen physique a révélé la persistance des mêmes symptômes.*

Cependant un examen très attentif des signes cliniques peut orienter le diagnostic.

Nous avons déjà signalé que la douleur vésiculaire était indépendante du cœcum qui est indolent à la

palpation. D'autre part, on peut localiser la douleur au niveau de l'échancrure hépatique. Deux cas peuvent se présenter en effet :

— ou la douleur dans la région de Mac Burney correspond au fond de la vésicule et on trouvera plus haut une douleur pédiculaire dans l'échancrure hépatique ;

— ou le foie et la vésicule sont très bas situés, et dans ce cas c'est la douleur pédiculaire même qui correspond à la région appendiculaire.

Les commémoratifs, les irradiations ascendantes et droites de la douleur, l'existence de points douloureux à distance (point scapulo-apexien, point des apophyses épineuses en particulier) le subictère, le caractère nauséeux des douleurs pourront également plaider en faveur de l'origine vésiculaire des troubles observés.

Dans certains cas, l'existence d'une crise bilieuse typique sera de très réelle valeur diagnostique.

Enfin l'examen radiologique viendra trancher la question : l'examen du cadre colique après lavement baryté montrera que la douleur ne siège pas dans la région cœco-appendiculaire qui est indolente.

Par contre, la cholécystographie montrera la correspondance des points douloureux observés avec la situation de la vésiculaire biliaire. De plus, on pourra se rendre compte en examinant le malade dans les diverses positions : décubitus, procubitus, station

verticale, que le point douloureux varie avec les diverses situations occupées par la vésicule.

Cependant, certaines difficultés persistent :

On connaît l'existence de points douloureux haut situés, à distance de la région appendiculaire, dans l'appendicite chronique :

— points douloureux étagés le long du colon droit et en dedans de lui ;

— zone douloureuse du carrefour sous-hépatique, voire même points solaires.

Enfin la péri-typhlite complique l'appendicite chronique comme la péri-cholécystite complique les cholécystites et vient encore enlever de la netteté à un tableau clinique déjà flou.

Surtout, on sait la coexistence très fréquente de l'infection vésiculaire et des affections intestinales. Dieulafoy a décrit, le premier, *l'appendiculo-cholécystite*, mais il avait surtout en vue la coexistence de l'appendicite aiguë et de la cholécystite aiguë.

Cependant, on a insisté depuis sur la fréquence d'états vésiculaires subaigus ou chroniques auxquels s'ajoutent des symptômes imputables à une appendicite chronique. Chez de tels malades, coexistent des phénomènes douloureux de la région vésiculaire et des phénomènes douloureux de la fosse iliaque droite.

L'interrogatoire pourra mettre sur la voie du diagnostic, en faisant préciser la nature intestinale, ou

au contraire vésiculaire, des premiers accidents observés.

Il n'y faut pas trop compter. Mais avant de pratiquer l'intervention, il faut procéder à une analyse minutieuse des symptômes.

La disparition de la douleur ou sa simple atténuation par le décubitus ; l'action calmante de la manœuvre de la sangle, sur les phénomènes abdominaux ; la localisation extra-cœcale de la douleur, à la radio, après lavement baryté ; la topographie vésiculaire des phénomènes algiques affirmée par la cholécystographie sont les éléments essentiels du diagnostic.

Ces signes permettront d'éviter une intervention qui s'est révélée, d'après les observations que nous avons réunies, absolument inutile. Le diagnostic est possible à condition que l'examen soit minutieux et complet.

Les douleurs vésiculaires basses doivent être également distinguées des *irritations des plexus nerveux abdominaux*. On sait que les plexus iliaques et hypogastriques se situent dans une région dont la topographie se projette grossièrement sur la paroi, aux points de Mac Burney, ou de Lanz, tandis que le plexus iliaque primitif se trouve situé à la bifurcation aortique, légèrement au-dessous de l'ombilic.

Mais, dans ces cas, la douleur est généralement bilatérale, affecte une topographie qui reproduit à peu

près la disposition artérielle : bifurcation aortique et divergence des iliaques.

Surtout, on localise, à la palpation, des points douloureux fixes, situés sur les vaisseaux qu'on sent battre sous le doigt ; leur siège ne se modifie pas avec les mouvements du malade. Enfin, on note des états douloureux des autres plexus : solaire, rénal, mésentérique, etc.

Mais, la coexistence est fréquente.

Nos malades sont des ptosés, et on sait que la ptose est une des causes principales d'irritation et de souffrance des plexus abdominaux.

Les organes en descendant, tiraillent sur leurs mésos et sur les branches nerveuses qui y cheminent, déterminant des plexalgies.

Nous avons relaté, dans nos observations, la fréquence avec laquelle nous avons constaté la douleur du plexus solaire. Ces phénomènes algiques sont d'ailleurs atténués, comme toutes les douleurs de ptose, par la manœuvre de la sangle et s'amendent par le port d'une ceinture.

En résumé, il s'agit plutôt de diagnostiquer la coexistence ou non des plexalgies et de la chute vésiculaire et de conduire le traitement en conséquence, que d'établir une discrimination.

CONCLUSIONS

1° Nous appelons *vésicules biliaires en situation basse*, les vésicules dont le bas fond descend, à l'examen radiologique, au-dessous du disque inter-vertébral qui unit les 3^e et 4^e vertèbres lombaires en décubitus dorsal. En l'absence de modification du volume du foie, cette situation anormale est, en général, la conséquence de la ptose hépatique, coexistant ou non avec une ptose généralisée des organes abdominaux.

2° La *cholécystographie* met en évidence cette situation anormale de la vésicule. Cette recherche doit être faite dans les trois positions de décubitus dorsal, de décubitus ventral et de station verticale. Grâce à elle, on apprécie *le degré de la chute vésiculaire et de ses variations* dans les diverses positions.

3° Cliniquement, la situation basse de la vésicule se manifeste par *des points douloureux spontanés et provoqués dans la fosse iliaque droite*.

Sans tenir compte des repères osseux classiques, il faut rechercher beaucoup plus bas, *au bord inférieur du foie, le point vésiculaire et pratiquer dans l'échancrure cystique la manœuvre de Murphy.*

A côté de ce *point douloureux* qui correspond au *collet de la vésicule abaissée*, on peut réveiller *la douleur du corps et du fond de la vésicule* en des points distincts. Ces points seront recherchés dans la fosse iliaque droite et sur la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic.

4° Cette notion de vésicule bas située explique la fréquence avec laquelle on a porté abusivement le diagnostic d'appendicite subaiguë ou chronique chez ces malades, voire même de double lésion appendiculaire et vésiculaire.

L'analyse minutieuse des signes cliniques, jointe à la cholécystographie, permettra d'éviter des interventions inutiles.

Dans d'autres cas le syndrome douloureux a été attribué à une plexalgie, qui peut d'ailleurs coexister.

5° La situation basse de la vésicule semble, surtout dans la station verticale, entraîner une gêne dans l'évacuation de la bile vésiculaire par la coudure du

canal cystique et la chute du bas-fond du cholécyste au-dessous de l'ampoule de Vater. Cette disposition anatomique paraît devoir favoriser la cholécystite chronique et ses complications habituelles.

Vu :
Le Doyen,
ROUSSY.

>

Vu :
Le Président de thèse,
BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

OBSERVATIONS

Observation I. — Raymonde Co... 42 ans, sans profession.

La malade a été hospitalisée plusieurs fois à la salle Sicard pour des troubles digestifs.

Ces troubles ont débuté, à l'âge de 19 ans. Elle a présenté fréquemment des crises caractérisées par des coliques quotidiennes, avec selles fréquentes, pâteuses ou semi-liquides, souvent enrobées de mucus.

Depuis 8 ans, une constipation opiniâtre a succédé et la malade ne peut aller à la selle qu'à l'aide de laxatifs.

De plus : céphalée frontale ou gauche survenant par périodes de huit à dix jours, entre-coupée de sédations. Cette céphalée s'accompagne de vomissements bilieux très abondants, survenant toutes les 3 semaines ou tous les mois, sans fièvre, et qui calment les maux de tête.

Enfin la malade présente des crises douloureuses épigastriques survenant par périodes de huit à dix jours, à type de brûlures avec renvois acides et nausées. Ces douleurs n'ont pas d'horaire fixe mais sont calmées par l'ingestion d'aliments ou par des vomissements bilieux.

Elles ont des irradiations ascendantes vers l'épaule droite et la nuque. Pas d'hématémèses, pas de vomissements alimentaires, la présence de sang rouge dans les selles est expliquée par l'existence d'hémorroïdes.

Dyspepsie sensitivo-motrice avec intolérance aux aliments gras, aux œufs qui provoquent de la céphalée.

Etat général déficient : la malade a maigri de 19 kilogrammes depuis le début de ses troubles digestifs et reste très amaigrie.

Elle est très nerveuse, instable, irritable, asthénique et psychasténique avec perte de mémoire. Elle présente des crises d'anxiété avec insomnies, sans causes apparentes.

Examen. — Etat subfébrile entre 37 et 38°.

P. : 68 ; R.O.C. : 74 ; le R.O.C. est inversé.

Pas d'asthénie cornéenne ni pharyngée.

Ablation des dents à la mâchoire supérieure et prothèse. Pyorrhée alvéolaire avec quelques caries à la mâchoire inférieure.

Foie de 8 cm., ptosé, débordant de 2 travers de doigt le rebord costal. Le bord inférieur du foie est sensible avec point vésiculaire douloureux.

Point douloureux épigastrique solaire.

Signe de Murphy, mais moins douloureux que le point solaire.

De plus, point douloureux sur la ligne ombilico-iliaque droite à 2 cm. de l'ombilic, indépendant du cœcum qui est gros, gargouillant, indolore, roulant sous le doigt.

Cadre colique indolore.

En décubitus latéral gauche, par la manœuvre de Chiray, on réveille un point douloureux à la moitié droite de l'épigastre.

Ces manœuvres ne provoquent aucune nausée.

En position debout, on ne note pas de descente notable du point douloureux para-ombilical, mais la manœuvre de la sangle calme légèrement la douleur.

De plus, point scapulo-apexien. Point de la 8^e dorsale.

Pas de point scapulaires, ni phréniques.

Les réflexes sont normaux. L'examen du cœur révèle un clangor du 2^e bruit à la base. T.A. 11 1/2-9.

Poumons normaux.

Antécédents H. — Père mort d'hémorragie cérébrale.

Mère vivante, ayant subi plusieurs interventions pour des crises d'obstruction intestinale.

P. Rougeole dans l'enfance ; Σ à 26 ans, traitée. Hecht et B.W. négatif. Hystérectomie à 31 ans pour salpingite après

une longue période de douleurs dans le bas-ventre. Double néphropexie qui n'a pas empêché la ptose rénale de se produire.

Cholestérinémie : 1 gr. 87 %.

Ponction lombaire : Albumine 0,40 ; Hecht, B.W. négatifs ; cellules : aucun lymphocyte ; culot : quelques lymphos ; benjoin : 000 000 220 000.

Radioscopie gastrique. — Ptose gastrique. Estomac de 30 cm., complètement atone et presque inexcitable. Bulbe à 15 cm. du bas-fond.

Radiographie : (cf. radiographie n° I).

Vésicule allongée en poire.

En décubitus : le bas fond est au niveau du disque L4-L5, au-dessous de la crête iliaque. La vésicule est latéro-vertébrale.

En procubitus il descend peu, mais se rapproche de la C.V. au niveau de l'apophyse transverse de L5.

Debout : la vésicule est tout entière iliaque et le bas-fond descend au-dessous de l'aileron sacré.

Il existe une légère scoliose à concavité droite.

Tubage duodénal : plusieurs fois tenté, n'a pas été possible en raison de la ptose gastrique.

Obs. II. — M^{me} Cour... 37 ans, sans profession.

Consulte pour des douleurs épigastriques en bourse d'ant de 5 ans.

Douleur sourde durant 24 heures, tous les 2 ou 3 mois, sans nausées, ni vomissements ni fièvre, calmée par le décubitus.

Depuis quelque temps, atténuation de la douleur épigastrique, mais apparition d'une douleur dans la fosse iliaque droite à type de gonflement, irradiant dans le dos.

Les douleurs sont devenues quotidiennes et apparaissent tous les jours, sauf la nuit quand la malade est allongée.

Perte de l'appétit et phénomènes sensitivo-moteurs. Météorisme abdominal.

Pas d'éruptions, ni nausées, ni vomissements.

Constipation forte, ne cédant qu'à l'huile de paraffine.

Selles pâteuses avec parfois coliques plus ou moins généralisées, débutant à droite.

Mucus et membranes, pas de sang.

Pas de crises hépatiques, ni d'ictère.

Pas d'urticaire, ni de migraines.

Amaigrissement de 5 kg. depuis cinq ans.

Examen : Colon ptosé, non douloureux. Colon gauche en corde.

Rein droit ptosé.

Foie de 9 cm. ptosé, sensible. Pas de signe de Murphy.

Point solaire douloureux.

Estomac descendant à 6 cm. au-dessous des crêtes, non douloureux.

Debout : on trouve un point douloureux dans la région de Mac Burney, correspondant à la vésicule.

Pas de subictère.

Radio : Ptose gastrique. Bas fond de l'estomac à 5 cm. au-dessous des crêtes.

Vésicule : vésicule très allongée, étirée par l'allongement du cystique.

Fond de la vésicule au niveau de la partie supérieure de L4, en décubitus. Descendant au niveau de L4-L5 en procubitus.

La vésicule tombe dans le bassin quand le malade est debout, à 6 cm. au-dessous des crêtes, au niveau de S1.

Obs. III. — M^{me} Ras..., 27 ans.

Consulte pour une entéro-colique avec stase intestinale. Crises douloureuses datant de 13 à 7 cm. dans la fosse iliaque droite, sans fièvre, nausées, ni vomissements.

Sur un léger fond psychasthénique ancien : obsessions, phobies, anxiété, obnubilation et asthénie depuis 2 ans.

Examen : Foie de 9 cm., ptosé, débordant le rebord costal.

Signe de Murphy, calmé en position debout par la manœuvre de la sangle.

Point phrénique droit et point vertébral.

Point douloureux au niveau de la 5^e dorsale et point scapulo-apexien. De plus, en décubitus dorsal, point douloureux à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 interne de la ligne ombilico-iliaque.

Debout, ce point devient para-médian, au niveau de la ligne bis-iliaque. Il répond au fond de la vésicule et se déplace avec les mouvements et la respiration.

Ptose gastrique, rénale et cœcale.

Radio: Estomac de 28 cm., descendant au-dessous des crêtes.

Vésicule en petite poire

En décubitus elle est latéro-vertébrale et descend au bord supérieur de L3. En station debout, elle devient pré-vertébrale droite au bord supérieur de L5.

Obs. IV. — Mme Ch... 39 ans.

Hospitalisée à la salle Sicard pour une hématoméso, suivie de mœlœna ayant nécessité une transfusion.

Souffre depuis 9 ans de crises bilieuses à horaire fréquemment nocturne : douleurs sous-hépatiques, nausées et vomissements glaireux et bilieux, qui calment généralement des crises de migraines.

Considérée comme atteinte d'appendicite chronique, la malade a subi il y a huit ans une première intervention : appendicectomie et ovariectomie droite avec hysteropexie.

Reprise des douleurs immédiatement après l'intervention, avec subictère qui a persisté 6 mois et amaigrissement progressif. Dyspepsie flatulente et mauvaise digestion des aliments.

Première hématoméso il y a 6 ans ayant fait poser le diagn. d'Ulcus duodénal. L'intervention exploratrice a montré l'intégrité de l'organe.

Examen : ptose totale, estomac de 30 cm.

Colon droit sensible surtout dans la région cœcale.

Foie de 10 cm. débordant de 3 travers de doigt les fausses côtes. Douleur dans l'échancrure hépatique et dans la région para-ombilicale sous-jacente (signe de Murphy nauséux).

Douleur solaire.

Radio : estomac de 30 cm., descendant au pubis, mais présentant des contractions régulières et efficaces.

Bulbe en mitre, sans irrégularité, médian (il est douloureux, mais recouvre le plexus solaire).

Angulation du deuxième duodénum dont la partie inférieure est accolée au colon. Antipéristaltisme.

Vésicule : petite, en figue.

En procubitus, elle descend au niveau du disque L3-L4, aplatie par le foie qui est ptosé. Elle est latéro-vertébrale.

En station debout, elle s'abaisse verticalement au bord inférieur de L4.

Obs. V. — M^{me} L... Yvette, 33 ans.

— Consulte pour des douleurs épigastriques et des crises bilieuses, non fébriles avec migraines, vomissements alimentaires et bilieux, sans périodicité. L'existence de ces crises, jointe à une constipation opiniâtre, à des nausées, des secousses, à des douleurs droites sans localisation nette avait fait poser le diagnostic d'appendicite chronique. L'intervention pratiquée alors que le malade avait 18 ans, n'amena aucune sédation des troubles.

Examen : estomac allongé avec douleur solaire.

Foie de 7 cm., ptosé,

S. de Murphy ébauché.

Pas de point phréniques, ni vertébraux, pas de douleurs dans la région de Mac Burney.

Radio : estomac de 30 cm. mobilité et kérésie normales.

Bulbe triangulaire, presque vertical, genu superius à 14 cm. du bas-fond.

Transit duodénal normal.

Vésicule : grosse, en poire.

En décubitus : elle est latéro-vertébrale, au bord supérieur de L3.

En procubitus : elle devient para-vertébrale au bord supérieur de L4.

En position debout : elle tombe sur le flanc droit de la 5^e lombaire et son fond affleure le bord supérieur de la vertèbre.

Tubage après sulfate de magnésie.

Il ramène 32 cc. de bile B., verte foncée, limpide et 43 cc. de bile C., jaune d'or, limpide avec passage de mucus

Obs. VI. — Mme Clé..., 28 ans.

Soignée depuis plusieurs années pour entéro-colite et cholécystite. Présente de temps en temps des crises de douleurs para-ombilicales droites avec vomissements bilieux.

Lors de la dernière de ces crises, on diagnostiqua une appendicite, mais pas de constipation, selles quotidiennes moulées.

Douleurs permanentes pendant deux jours, vomissements bilieux, douleur scapulaire droite.

En général, constipation habituelle.

Examen : foie ptosé, vésicule douloureuse avec S. de Murphy.

Douleurs spontanées lancinantes de la région cœco-appendiculaire.

Pourtant à la palpation, aucune douleur cœcale, mais point douloureux en dedans et loin de l'ascendant, à deux travers de doigt au-dessous et à droite de l'ombilic.

Colon gauche spasmé.

Subictère conjonctival.

Point scapulo-apexien et point phrénique bi-latéral.

Antécédents : crise de coliques néphrétiques avec anurie transitoire, au cours d'une cystite et d'une pyélonéphrite à colibacilles.

Les points urétéraux ont longtemps persisté mais ont disparu actuellement.

Radio : estomac de 32 cm., très ptosé, presque au contact du pubis, kinésie normale. Pas d'atonie.

Bulbe triangulaire et genu superius à 12 cm. du bas fond.

Transit duodénal normal.

Vésicule : petite, en larme.

Très ptosée par rapport au foie qui l'est peu.

Décubitus : latéro-vertébralé, très oblique en dehors, avec un fond au niveau de l'apophyse transverse de L4.

Procubitus : descend au bord inférieur de L4, se rapprochant de la colonne.

La radio en station debout n'a pas été faite.

Traitement : mise au régime et au traitement des vésiculaires et sanglée. Très améliorée, mais à plusieurs reprises à la suite d'abandons de la sangle et du régime pendant les vacances, reprise des nausées, des douleurs para-ombilicales et de l'épaule droite, du subictère.

Obs. VII. — Mlle Ber..., 34 ans.

Présente depuis l'âge de 20 ans, des crampes épigastriques quotidiennes suivant le petit déjeuner.

Accalmies par périodes, mais, de façon intermittente : brûlures tardives épigastriques en rapport avec des écarts de régime.

Fond de dyspepsie sensitivo-motrice, palpitations, éructations, ni nausées, ni vomissements.

Selles quotidiennes pâteuses et muqueuses avec, par périodes, constipation et décoloration des selles.

Céphalée frontale, apparaissant l'après-midi, sans caractères de migraines franches.

A la suite d'une crise, à caractère de crise bilieuse, survenue il y a cinq mois, et ayant duré huit jours, les troubles se sont accentués.

Amaigrissement de 7 kg. Asthénie et psychasténie.

Examen : ptose gastrique avec point douloureux solaire.
Foie ptosé généralement sensible.

En décubitus dorsal : douleur nauséuse, provoquée dans l'angle de la colonne vertébrale et de la partie droite ptosée du transverse.

S. de Murphy, dans l'échancrure hépatique, nauséux.

En station verticale : douleur nauséuse sur le flanc droit de la dernière vertèbre lombaire.

Point phrénique droit et points vertébraux.

Radio : estomac de 32 cm., très ptosé, entièrement à gauche de la ligne médiane.

Atonie, akinésie, antre pylorique vertical.

Par expression : bulbe allongé, en flamme. Evacuation antéro-postérieure.

Vésicule : basse très allongée, en larme.

Elle est latéro-vertébrale et son fond en décubitus est à l'apophyse transverse de L3. En procubitus, elle descend d'une vertèbre à la 4^e transverse.

En station verticale elle tombe au niveau du bord inférieur de L5, au-dessous de la crête iliaque.

Obs. VIII. — Mlle Ni..., 19 ans, pianiste.

Appendicectomie à 11 ans pour des douleurs droites et des douleurs épigastriques avec vomissements, nausées du réveil et des secousses. Un mois après, reprise des mêmes symptômes qui continuent avec de plus, migraines et vomissements bilieux.

Vue à 14 ans pour les mêmes phénomènes aggravés avec, de plus, crises de coliques hépatiques et vomissements.

Constipation opiniâtre et quelques débâcles.

Examen : douleur de tout le carrefour avec défense.

A plusieurs reprises épisodes fébriles et douloureux : douleur hépatique, signe de Murphy, points scapulaires et phrénique droits.

Tout le colon est douloureux au palper.

Radio : ptose gastrique : estomac de 30 cm., avec un bas fond à 4 cm. du pubis.

Douleur sur l'ensemble du duodénum dont la 2^e partie est angulée et adhère au foie.

Cœcum fixé.

Vésicule : en larme.

En procubitus : elle est para-vertébrale et descend au bord supérieur de la 3^e transverse.

En station debout : elle devient pré-vertébrale et son fond atteint le bord inférieur de la 4^e transverse.

Traitement : régime, sangle, traitement des vésiculaires.

Amélioration très notable. Mais après des écarts de régime, congestion hépatique (foie de 11 cm.) Reprise de spasmes, coliques, et de la constipation. Nausées, migraines, vomissements alimentaires et non bilieux.

Obs. IX. — M. Chan..., Casimir 35 ans, employé de chemin de fer.

Hospitalisé pour des douleurs épigastriques continues, non irradiées, sans rapports avec les repas.

Migraines fréquentes avec vertiges.

Alternatives de diarrhée et de constipation.

Amaigrissement récent avec asthénie et cauchemars.

Douleur à la partie haute du creux épigastrique au palper et augmentation du volume du foie (éthylisme probable).

Radio vésiculaire :

Vésicule : en poire, descendant en décubitus au bord supérieur de la 4^e transverse.

En station debout : elle s'abaisse verticalement, restant para-vertébrale et atteint le bord inférieur de la 5^e lombaire.

Obs. X. — M. De..., 53 ans.

Hospitalisé salle Mathieu pour des douleurs abdominales ayant succédé à une semaine de vomissements tardifs, acides, foncés.

Douleurs abdominales à forme de crampes de la fosse iliaque droite avec état subfébrile continu.

A eu, il y a quelque temps, une crise de douleurs tardives épigastriques ayant duré cinq mois, à forme de crampes, de tiraillements et soulagées par des vomissements acides.

Ces crises étaient déjà survenues trois fois entre 25 et 35 ans.

De plus, depuis l'âge de 40 ans, le malade présente deux ou trois fois par an de petites crises avec douleurs épigastriques, vomissements peu abondants, durant 2 ou 3 jours.

Constipation chronique.

Examen : douleur solaire, douleurs du carrefour sans S. de Murphy, mais douleurs nauséuse dans la fosse iliaque droite, en dedans du cœcum.

Pas de points douloureux irradiés.

Foie ptosé, mais de dimensions normales (8 cm.).

De plus, à l'âge de 43 ans, paraplégie progressive.

Un B.W., pratiqué à ce moment, se montre positif.

A l'heure actuelle :

S. de Babinski bilatéral. Abolition des achilléens.

S. systolique aortique.

B.W., et Hecht négatifs.

Radio : estomac, repoussé à gauche, décrivant un angle aigu ouvert en dedans, avec rectitude apparente de la petite courbure qui cesse dès qu'apparaissent les contractions.

Evacuations régulières par un bulbe petit et un duodénum à circuit moyen, avec un certain degré d'antipéristaltisme au niveau de sa 2^e portion.

Spasme de l'angle hépatique du colon, interrompant la continuité du remplissage, pas de douleur à ce niveau.

Vésicule : en poire. (Cf. schéma n^o II).

En décubitus : elle est latéro-vertébrale, ptosée avec le foie, au bord inférieur de L4.

En procubitus : elle est sensiblement à la même place, mais rejetée en dedans para-vertébrale.

En station debout : elle descend au bord inférieur de la 5^e transverse.

Examen des selles : la réaction de Weber a été positive à deux reprises.

Obs. XI. — M. Tro..., 30 ans, employé.

Entré pour une diarrhée dysentérique consécutive à une série d'acétylarsan, traitement d'un iritis.

Depuis cinq ans, sur un fond de dyspepsie sensitivo-motrice consécutive à une crise de dysenterie datant de son service militaire, le malade présente quelques crises entériques.

De plus, épisodes périodiques de douleurs épigastriques semi-précoces, durant 15 jours avec intervalles libres d'une vingtaine de jours, sans nausées, ni migraines. Constipation opiniâtre.

Examen : ptose gastrique avec douleur du plexus solaire.

Pas de douleurs sur le colon gauche.

Douleurs vives de la région cœcale.

Foie de 8 cm. sensible à son lobe gauche.

S. de Murphy, mais tout le carrefour est douloureux.

Pas de points irradiés.

Radio : estomac allongé, atone, ankinétique.

Bulbe irrégulier, avec empreinte vésiculaire.

Radios en séries : encoche permanente de la grande courbure du bulbe.

A son niveau, niche de face étoilée.

Vésicule : atone, en battant de cloche : (cf. schéma n° IV).

décubitus : V. latéro-vertébrale descendant au bord supérieur de la 3^e apophyse transverse avec coudure en haut et concavité interne.

procubitus : V. para-vertébrale, verticale, au bord inférieur de la 4^e transverse. A changé de forme et ressemble grossièrement à une poire.

station debout : Pré-vertébrale médiane, au milieu du corps de L5,

Le foie est également ptosé.

Tubage gastrique : hypochlorhydrie.

Obs. XII. — M. Lev..., 36 ans.

Consulte pour des crises douloureuses de plus en plus longues, atteignant maintenant 15 jours.

Douleurs sous-ombilicales sur la ligne ombilico-iliaque, vers l'union de ses 1/3 moyen et interne ; à caractère tardif ou semi-tardif.

Influencées par les œufs, les graisses et l'alcool.

Accompagnées souvent de brusques poussées fébriles (39,40), de céphalée, de vertiges, de vomissements et de diarrhée.

Subictère pendant les crises.

Dans l'intervalle, alternances de diarrhée et de constipation.

Diarrhées prandiales fréquentes.

Epistaxis, ecchymoses faciles.

Examen : foie de 7 cm., ptosé, sensible.

S. de Murphy, point phrénique gauche.

En mai 1933, crises douloureuses, de la F.I.D., attribuées à l'appendicite mais dont le siège correspond à l'image vésiculaire.

Foie de 11 cm.

Un mois après, foie de 8 cm., ptosé de trois travers de doigt. Douleurs de l'échancrure hépatique, un peu au-dessus du point de Mac Burney.

Radio : estomac tonique hyperkénitique, oblique à droite, à portion horizontale très allongée, sans évacuation duodénale au début de l'examen.

Placé en décubitus ventral, bulbe à direction descendante, duodénum à petit circuit.

Vésicule : en larme, allongée, un peu irrégulière, ptosée avec le foie auquel elle adhère.

Couchée : au niveau du disque L3-L4, para-vertébrale.

Debout : descend un peu au-dessous de l'apophyse transverse de L4, toujours para-vertébrale.

Obs. XIII. — Mme. Vigr..., 39 ans.

Entérite de l'enfance. Reprises d'entéro-colite à 21 ans, soignée à Chatel-Guyon.

A 23 ans, appendicectomie, a 25 ans, hématomés et hémorragies intestinales abondantes, au cours d'un épisode douloureux épigastrique à forme de crampes, sans nausées, ni vomissements préalables.

A plusieurs reprises ensuite, douleurs épigastriques périodiques avec nausées, sans vomissements, du type précoce.

Alternances de diarrhée et de constipation.

A 30 ans, un peu de sensibilité hépatique.

Radio : estomac au pubis, l'estomac semble fixé par son fond. Gros retard d'évacuation.

Intervention par le Docteur Basset : simple laparotomie exploratrice, il n'y a pas d'ulcère du pylore.

A 37 ans, alternative de diarrhées et de constipation, subictère, migraines fréquentes.

A 39 ans, dyspepsie atonique.

Crises douloureuses épigastriques irrégulières, précoces, ou 1/2 tardives, de durée variable, avec nausées et vomissements, influencées par les graisses et les œufs, sans atténuation par les alcalins, ni la réalimentation.

Violentes migraines avec vertiges. Nausées du réveil.

Constipation habituelle avec quelques débâcles diarrhéiques.

Examen : foie de volume normal, mais ptosé.

Sensibilité de tout l'hypochondre droit.

Point douloureux à l'horizontale de l'ombilic, à 3 cm. en dehors.

S. de Murphy.

Point phrénique droit. Subictère conjonctival.

Tubages duodénaux : février 1934, bile B. avec polys, staphylo. bacilles à Gram négatif.

mars 1934, bile B., douteuse (13 cc. de bile teintée).

Mai 1934, pas de bile B.

Radio vésiculaire :

Vésicule : irrégulière, allongée.

décubitus : partie supérieure de L4, pré-vertébrale.

station debout : vésicule ptosée avec le foie à la partie inférieure de L4, L5, restant collée par ses 2/3 au foie et ne se rapprochant pas de la colonne vertébrale.

Obs. XIV. — Mme. Az. Neu..., 28 ans.

Consulte pour des migraines fréquentes, avec vomissements apparaissant surtout à la période pré-menstruelle. Constipation avec quelques crises diarrhéiques, spasmes et douleurs du colon gauche. Asthénie, nervosité et instabilité psychique.

Examen : foie ptosé de 10 cm., débordant de trois travers de doigt le rebord costal.

S. de Murphy disparaissant par relèvement en masse de l'abdomen.

Point douloureux para-ombilical droit.

Radio : estomac à peine allongé.

Bulbe normal, non douloureux, mais avec une image en Σ . de la 2^e portion, sans adhérence visible au colon.

Colons très ptosés, avec image de l'angle droit à aspect de péricolite. Long accollement en canon de fusil du transverse gauche et du colon descendant. Spasme du colon transverse.

Vésicule : très allongée, en battant de cloche :

en position couchée, elle est para-vertébrale, au niveau de L3, L4.

en station debout, la vésicule devient pré-vertébrale droite, à la partie supérieure de L4.

Obs. XV. — Mme. Grif..., 46 ans.

Consulte pour des crises douloureuses rétro-xyphoïdiennes d'apparition et d'horaire irréguliers, le plus souvent nocturnes.

En outre, douleurs épigastriques intermittentes, en barre. à horaire précoce, calmées par des vomissements.

Examen : douleur à la pression du carrefour. S. de Muphy,

Radio : estomac de 27 cm., dont le bas fond est très au-dessous des crêtes iliaques, kinésie normale.

Genu supérius à 14 cm. en-dessus du bas fond avec anteposition du bulbe.

L'ombre vésiculaire est au contact de D2, qu'elle refoule.

Vésicule : en larme, descendant, en position couchée à l'apophyse transverse de L4.

en position debout : elle est para-vertébrale, au niveau de L5, au-dessous des crêtes iliaques. En rapports avec le genus inferius.

Obs. XVI. — Mme T..., 27 ans.

Entéro-coïte datant de l'enfance.

Dyspepsie sensitivo-motrice à manifestations intermittentes, groupées en périodes de 2 à 3 mois avec brûlures épigastriques hautes, pyrosis, nausées du réveil et des secousses.

Constipation.

Examen : Dislocation verticale de l'abdomen. Ptose gastro-hépatorenale, douleur solaire.

Foie de 12 cm. douloureux, débordant de deux travers de doigt.

S. de Murphy dans l'échancrure hépatique.

Point phrénique droit, points vertébraux, et point scapulo-apexien.

De plus, dans le passage de la position couchée, à la position assise, on constate une descente du point douloureux sous-hépatique au-dessous de l'ombilic et vers la gauche.

Radio : estomac allongé, attiré à droite, atone et akinétique.

Genu supérius attiré à 12 cm. du bas fond. Bulbe en chapeau de gendarme. D2 filiforme.

De plus, sous l'écran, la malade étant debout, on provoque une douleur du dessous de l'estomac, à gauche de la ligne médiane.

Vésicule : en doigt de gant, très ptosée. (Cf. *radio* n° III, p. 64).

en procubitus : elle est prévertébrale droite, au niveau de la 4^e transverse.

debout : elle devient pré-vertébrale gauche au-niveau du corps de la 5^e lombaire.

Obs. XVII. — Mme Ru..., 31 ans.

Périviscérite à la suite de plusieurs interventions (kyste de l'ovaire en 1930, occlusion par adhérence en 1931, hystérectomie totale en 1932).

Depuis un an, douleurs épigastriques hautes, sans périodicité, de longue durée, à irradiations droites et scapulaires avec nausées, immédiates à midi, tardives le soir, migraines fréquentes.

Examen : colon droit douloureux dans son entier.

Estomac ptosé et en écharpe avec aérogastrie marquée.

Foie de 7 cm. ptosé, débordant de trois travers de doigt, douloureux, avec S. de Murphy.

Point phrénique droit.

Subictère des conjonctives.

Douleur de tout le plexus solaire.

Radio vésiculaire :

Vésicule : en larme, à pédicule visible et recourbé (malade scoliotique), descendant en position couchée à la partie supérieure de L4.

Debout : la vésicule descend au niveau de la crête iliaque et du corps de L5, ne se rapprochant pas de la colonne lombaire, mais suivant l'angle du colon.

Obs. XVIII. — M. Rob..., 43 ans.

Constipé chronique, avec grosse dyspepsie des graisses depuis 15 ans.

Quelques crises douloureuses épigastriques ayant débuté il y a 12 ans, périodes irrégulières de brûlures quotidiennes.

Depuis deux ans, nausées des secousses.

Crises douloureuses de l'hypochondre droit, durant 1/2 à 3/4 d'heure, sans rapports horaires avec les repas, mais nocturnes, à début sous-hépatique, à irradiations dorsales, se reproduisant à plusieurs reprises pendant une semaine.

Depuis 3 ou 4 mois, douleurs quotidiennes tardives, après le premier déjeuner ou le repas de midi, calmées par des compresses chaudes ou du sirop de morphine.

Amaigrissement de 10 kg.

Examen : léger subictère.

Foie sensible, débordant des fausses côtes d'un travers de doigt.

Douleur du carrefour. S. de Murphy. Point phrénique gauche.

Examen des selles : réaction de Weber, inconstamment positive.

Tubage duodéal : présence de bile B.

Tubage après histamine : hyperchlorhydrie.

Radio vésiculaire : grosse vésicule en poire, pendant, au-dessous du foie, descendant, couchée au bord supérieur de la 4^e transverse, devenant para-pré-vertébrale en station debout, au bord inférieur de la 4^e lombaire.

Obs. XIX. — M. Wui..., 35 ans.

Crises tardives épigastriques avec vomissements alimentaires ou bilieux, durant 2 à 3 jours et survenant deux fois par an depuis huit ans, à type de coliques vésiculaires avec irradiations dorsales et scapulaires droites.

Dans l'intervalle, dyspepsie sensitivo-motrice avec nausées et brûlures épigastriques intermittentes.

Examen : foie de volume normal. S. de Murphy.

Rien de gastrique.

Tubage gastrique : chlorhydrie un peu augmentée.

Radio vésiculaire : vésicule en figue avec foie ptosé.

En procubitus : elle descend au bord inférieur de L3, et en station debout, elle reste latéro-vertébrale, soutenue par le colon au bord inférieur de L4, alors que le foie tombe en dedans.

Obs. XX. — M. Slo..., 46 ans.

Appendicectomie en 1925, (diagnostic d'appendicite chronique fait sur la répétition de douleurs épigastriques intermittentes irradiées dans le flanc droit).

Pas d'amélioration, les douleurs épigastriques et sous-hépatiques en barre, sourdes, deviennent constantes, exacerbées en crampes précoces, après les repas. De plus, dyspepsie sensitivo-motrice avec céphalée frontale, oppression et somnolence port-prandiales.

Constipation habituelle flatulente, nausées et douleurs scapulaires droites.

Examen : angle colique droit abaissé, colon droit douloureux.

Foie ptosé, rebord hépatique douloureux à la palpation.

Murphy dans l'échancrure hépatique, mais au point de Mac Burney, contre le pylore et le long du colon droit.

Radio : estomac oblique, ptosé (32 cm.) Genu supérius à 10 cm. du bas fond.

Bulbe en dedans et au-dessus de l'antré, allongé, ptosé, mal rempli.

La région pylorique est au point de Mac Burney.

Stase iléale, douleur diffuse du colon droit.

Vésicule : en larme au bord supérieur de L3,

en décubitus : devenant pré-vertébrale droite au bord supérieur de L4 *en station debout*.

Obs. XXI. — M. Ber..., 54 ans, ajusteur à la C^{te} de l'Est.

Entre salle Vidal pour brûlures épigastriques intermittentes depuis plusieurs mois, avec constipation.

Quatre mois avant d'entrer à l'hôpital, les brûlures épigastriques sont devenues plus fréquentes, sans horaire fixe, non calmées par l'alimentation ni par les alcalins.

Anorexie, amaigrissement.

Brûlures provoquées par les graisses, fritures, épices. (Cf. *schéma n° III*, p. 68).

Radio : petite vésicule en pomme, pré-vertébrale droite dans toutes les positions. Le malade couché, elle descend au bord supérieur de la 4^e transverse. Debout, elle tombe au bord supérieur de L5, para-pré-vertébral, au niveau de la crête iliaque.

Obs. XXII. — M. Bas..., André, 40 ans, employé à la C¹^e de l'Est.

Dyspepsie sensitivo-motrice. Episode fébrile avec diagnostic de cholécystite il y a plusieurs mois.

Il y a deux mois, subictère fébrile sans douleurs durant 12 jours.

Examen : Douleur solaire calmée par le relèvement de l'abdomen.

S. de l'armoire.

Estomac, foie et colon ptosés. S. de Murphy.

Radio : (Cf. *radio n° IV*, p. 79).

Vésicule : en larme, foie ptosé.

en décubitus : la vésicule est latéro-vertébrale, au bord supérieur de la 4^e transverse.

en procubitus : le foie tombe en dedans, la vésicule reste latéro-vertébrale au bord inférieur de la 4^e transverse.

en station verticale : la vésicule est para-pré-vertébrale droite et son fond affleure le bord inférieur de la 5^e transverse.

Le foie est para-vertébral, très ptosé.

Obs. XXIII. — M. Mar..., 39 ans.

Ancien paludéen, a eu deux crises d'apparence appendiculaire en 1911 et 1932. Amaigri, ptosé, présente des alternatives de diarrhée et de constipation.

Consulte pour crises de coliques à horaire tardif, à début droit, à irradiations supérieures, accompagnées de subictère.

Dans les intervalles, dyspepsie sensitivo-motrice.

Examen : Poussées de congestion hépatique. S. de Murphy. Cœcum gargouillant, distendu, non douloureux.

Grosse distension de tout le colon droit, y compris le transverse, adhérent à la région cœcale.

Radio : estomac très ptosé (35 cm.) peu mobile, à pylore très abaissé. Contractions et évacuations normales. Grosse angulation du genu supérieur.

Vésicule : en position externe, sous le foie, verticale, abaissée, descendant.

En décubitus : au bord supérieur de la 4^e lombaire et en *station debout* jusqu'au disque L4, L5.

Obs. XXIV. — M. Jam..., 43 ans.

Entéro-colite ancienne avec des douleurs nauséuses sous hépatiques, sans ictère, sans vomissements.

A 37 ans, douleurs très tardives épigastriques et iliaques droites, à irradiations ascendantes avec constipation opiniâtre.

Depuis trois mois, nouvelle période de dyspepsie tardive soulagée par la réalimentation et les éructations.

Examen : ptose gastrique.

Foie ptosé avec douleur de tout le carrefour et un peu de défense à ce niveau. S. de Murphy.

Le cœcum est indolore à la palpation, mais on provoque au palper une très vive douleur en dedans du cœcum.

A un examen ultérieur où la défense a disparu, on re-

trouve le S. de Murphy avec un double point phrénique et une douleur solaire.

En décubitus gauche, le foie s'abaisse encore et se porte en dedans.

En station verticale, on provoque une douleur vive au point de Lanz, tout à fait en dedans du cœcum qui est ptosé, indolore.

On sent d'ailleurs la vésicule et la douleur qu'on provoque au niveau de sa partie supérieure correspond en décubitus dorsal au point de Mac Burney; en station verticale, elle est située au dessous du point de Lanz.

Pouls : 64, après R. O. C., sans changement à 64.

Pas de signes de vagotonie.

Radio : estomac ptosé, genu supérius coudé à angle aigu.

Série duodénale, pas d'image d'ulcus.

Vésicule : para-vertébrale, allongée, en poire.

En décubitus : elle descend au bord supérieur de la 5^e lombaire et *en station debout*, elle tombe verticalement toujours para-vertébrale, au bord supérieur de l'articulation sous-iliaque.

Tubage duodéal : après injection de sulfate de magnésie ramène 7 cc. de bile jaune d'or, limpide.

Pas de bile B., même après huile d'olive.

Obs. XXV. — Mme God., 60 ans.

Mme God., souffre continuellement du côté droit avec paroxysmes tardifs à 2 h. du matin.

La douleur siège au carrefour.

Il existe aussi une douleur indépendante de la première, à gauche de l'ombilic en un point symétrique.

Ces douleurs s'exacerbent par crises durant une quinzaine de jours environ.

Elles sont généralement calmées par l'alimentation.

Pas de vomissements, mais les nausées sont fréquentes avec amertume de la bouche au réveil.

Selles moulées quotidiennes.

Appendicectomie à 32 ans, au cours d'une crise aiguë.

Examen : Colon gauche spasmé, sensible. Douleur du transverse gauche. Ptose gastrique et aérophagie. Douleur solaire.

Cœur normal. Clangor aortique avec hypertension.

Foie de 9 cm. avec lobe droit vertical dont le bord correspond à la région douloureuse. S. de Murphy para-ombilical à 2 cm. en dehors et à 1 ou 2 au-dessous de l'ombilic.

Sa recherche provoque des nausées.

En décubitus droit et gauche (manœuvre de Chiray) la douleur, avec les mêmes caractères, se déplace, mais reste localisée le long du rebord hépatique.

De même, en station debout, le point douloureux, est à 1 cm., en dehors de l'ombilic, mais à 6 cm. au-dessous de lui,

R. O. C. 68/76.

Radio : l'estomac à 34 cm., le genu supérius est à 14 cm. du bas fond. Les évacuations sont lentes, espacées. Le bulbe est aplati, le genu supérius angulé. Le bulbe et la 2^e portion sont sensibles à la palpation, avec gêne du transit au genu inférius et quelques mouvements antipéristaltiques du duodénum.

Le sigmoïde est sinueux et s'emplit difficilement. Rien au niveau du colon gauche. Transverse un peu abaissé, mais immobile. Cœcum ptosé, en contact intime avec le bord droit de l'anse sigmoïde. (Cf. *schéma n° V*, p. 72).

Vésicule : très étirée, son fond semble reposer sur le colon gauche et fait avec le corps, une angulation presque à angle droit. On aperçoit l'ombre du rein droit entre le bord inférieur du foie et la vésicule.

En position couchée : le fond de la vésicule atteint la crête iliaque au niveau du bord supérieur de L5, mais il est très éloigné de la colonne vertébrale. Le pédicule au contraire est au niveau du 2^e transverse.

En station verticale : le foie descend au-dessous de la crête, et la vésicule franchement pelvienne, devient

juxta vertébrale, au devant de l'aileron sacré. L'angulation droite du fond persiste, mais atténuée.

Examens complémentaires : tubage gastrique : hyperchlorhydrie intermittente, peu modifiée par le traitement ; cholestérinémie : 1 gr. 87 %.

Obs. XXVI. — M. Four..., 39 ans.

Présente depuis l'âge de 25 ans, une, deux crises douloureuses nocturnes par mois. Elles sont apparues à la suite d'un ictère et prennent le type de crises bilieuses : début à 1 h. du matin, migraine orbitaire ; puis douleurs épigastriques et quelquefois sous-hépatiques, vomissements abondants, alimentaires, puis bilieux, subictère des conjonctives ; asthénie.

Depuis deux mois, douleurs épigastriques continues liées à une hernie de la ligne blanche.

Colite muqueuse.

Antécédents : à 21 ans, pleurésie purulente.

Examen : gros foie débordant de deux travers de doigt le rebord costal, non ptosé.

Point vésiculaire douloureux, avec S. de Murphy, et irradiations ascendantes.

Points scapulo-apexien et phrénique droits.

Colon gauche spasmé et sensible à la palpation.

Radio-vésiculaire : petite vésicule en larme.

En position couchée : elle est para-vertébrale, au niveau de la 3^e transverse.

En position debout : elle tombe au niveau de la 5^e lombaire devenant pré-vertébrale droite.

Obs. XXVII. — M. Co..., 40 ans.

Entéro-colite ancienne.

Evolution périodique de crises douloureuses à forme de crampes épigastriques à irradiations scapulaires calmées par l'alimentation. Rémissions complètes prolongées entre

les crises. Les périodes douloureuses durent un mois environ.

Mais de plus, céphalées, nausées du réveil, nausées des transports.

Examen : foie de 8 cm. avec S. de Murphy net.

Sensibilité hépatique spontanée et subictère des conjonctives.

Point scapulo-apexien.

Radio : estomac tonique ptosé (26 cm.). Genu supérieurs à 10 cm. du bas fond. Péristaltisme énergique. Bulbe petit, de forme normale.

Vésicule : verticale et petite, en larme.

En décubitus : elle descend au niveau du disque L3, L4.

En station debout : elle devient pré-vertébrale droite, au niveau du corps de la 5^e lombaire. Elle descend en dedans avec le foie.

Obs. XXVIII. — Mme Ar..., 44 ans.

Constipée chronique, présentant des céphalées quotidiennes, nauséuses, d'apparition tardive.

Asthénie, état subfébrile durant plusieurs semaines.

Crises douloureuses répétées dans la région para-ombilicale droite, la dernière s'est accompagnée de vomissements bilieux avec lipothymies.

Douleurs interscapulaires et de l'épaule droite.

Examen : gros foie ptosé de 12 cm.

Le point d'insertion sous-hépatique de la vésicule est au point de Mac Burney, à 5 cm. en dehors de l'ombilic. A ce niveau, S. de Murphy, en position couchée et assise.

Radio : ptose gastrique : estomac de 27 cm., dont le bas fond est à 4 cm. du pubis, oblique,

Bulbe triangulaire, oblique à gauche, gènes supérieurs à 10 cm. du bas-fond.

Kinésie normale, mais insuffisante sans relèvement de l'estomac.

Vésicule : en battant de cloche, très interne, descendant *en decubitus* au devant disque L3, L4.

en procubitus : elle s'abaisse à peine, mais devient plus interne, franchement pré-vertébrale.

La radiographie en station debout n'a pû être pratiquée.

Obs. XXIX. — Mme Col..., 38 ans.

Vient consulter pour des migraines fréquentes avec souvent brûlures épigastriques, nausées, vomissements.

Constipée et ptosée, elle a eu fréquemment et depuis longtemps des troubles hépatiques à types de crises vésiculaires, à siège épigastrique et à irradiations gauches avec intolérance gastrique.

Examen : foie de 10 cm. ptosé, débordant de 3 cm.

S. de Murphy dont la recherche provoque des nausées.

Point douloureux maximum para-ombilical droit avec nausées à la pression, répondant, d'après les clichés, au bas-fond vésiculaire.

Radio : estomac de 30 cm., atone, hypokinétique ; gému supérieurs à 15 cm. du bas fond.

Vésicule : en larme, allongée, para-vertébrale.

en decubitus : elle descend au niveau du disque L4, L5, ptosée par rapport au foie.

debout : elle descend un peu au-dessous de la transverse de L5, en se rapprochant de la colonne lombaire.

Obs. XXX. — Mme Gru..., 29 ans.

A fait plusieurs séjours à l'hôpital pour entéro-colite ancienne.

Amaigrissement de 10 kg. en six ans.

Depuis trois ans, crises de douleurs épigastriques périodiques légères, durant 15 jours, immédiates ou précoces, à irradiations droites.

Elles s'accompagnent de nausées matutinales et de

céphalée. De plus, deux crises douloureuses de coliques hépatiques avec vomissements bilieux. Le début de crises était marqué par des douleurs épigastriques et de l'hypochondre droit. Leur durée fut de 5 h. environ avec paroxysmes plus intenses et irradiations lombaires.

La malade accuse des douleurs de la fosse iliaque droite : à la radio, elles sont indépendantes du cœcum et répondent au plexus iliaque.

Examen : légère défense de l'épigastre.

Foie de 9 cm., très ptosé, débordant de 5 cm. les fausses côtes.

Lobe gauche sensible au palper. S. de Murphy, subictère des conjonctives.

Point douloureux un peu en dedans du point de Mac Burney, nettement en dedans et au-dessus du cœcum ptosé, gros, indolore et gargouillant.

Radio : l'estomac est sensiblement normal, non ptosé, mais à grosse poche à air.

Néanmoins le bulbe est haut situé, avec genu supérieur à 14 cm., du bas fond.

Vésicule : en battant de cloche, descendant en décubitus à la partie supérieure de la 4^e lombaire.

En station debout : elle devient pré-vertébrale droite et descend au niveau de la 5^e apophyse transverse.

Obs. XXXI. — Mlle Tré..., 30 ans.

Entéro-colite avec constipation et sensibilité de la fosse iliaque droite.

Depuis trois ans, vomissements aqueux très irréguliers, épisodiques, prenant parfois le type de crises bilieuses ou avec céphalée à caractères de migraines.

Brûlures épigastriques intermittentes. Nausées du réveil.

Un mois avant cet examen la malade a fait une crise douloureuse courte de la fosse iliaque droite.

Examen : foie de 8 cm., abaissé de 5 cm., au-dessous des côtes.

S. de Murphy, point phrénique droit, points douloureux vertébraux. De plus, il existe un point douloureux para-ombilical droit en décubitus dorsal, à 3 cm., au-dessous de l'échancrure hépatique.

Colon droit sensible (angle hépatique et région cœcale).

Radio : ptose gastrique : estomac de 24 cm., avec bas fond à 7 cm., au-dessous des crêtes.

Dans l'ensemble, estomac oblique.

Bulbe régulier, qui reste rempli et se vide seulement à intervalles espacés dans un duodénum à long circuit avec une seconde portion en Σ et de l'antipéristaltisme.

Vésicule : grosse, distendue, en forme de poire avec un pédicule qui remonte très haut et qui est visible à la radio :

en décubitus : elle est para-vertébrale, au bord inférieur de la 4^e apophyse transverse.

en station verticale : elle tombe au bord inférieur de la 5^e transverse et devient pré-vertébrale droite.

Tubage duodéal : ramène de la bile B. trouble avec staphylocoques.

Obs. XXXII. — M^{me} Grav....., 57 ans.

Consulte pour troubles de la ménopause et entéro-colite avec selles muqueuses, mais habituellement moulées.

Depuis 7 mois, troubles vasculaires généralisés, engourdissement, vertiges.

Quelques douleurs épigastriques hautes, pas de migraines.

Examen : foie de 11 cm., douloureux dans la région vésiculaire, avec signe de Murphy.

Douleur para-ombilicale droite à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 interne de la ligne ombilico-iliaque.

Cette douleur se déplace en décubitus latéral gauche ; elle devient médiane et sous-ombilicale.

Radio : *Vésicule* étirée, allongée, irrégulière. Ptose hépatique.

En *position couchée*, la vésicule semble adhérer au foie, ptosée avec lui, oblique en bas et en dehors, elle est latéro-vertébrale au niveau du disque L4-L5.

En *station verticale*, la ptose hépatique s'accroît et la vésicule devenue pré-vertébrale, est légèrement oblique en bas et en dedans au niveau de la première vertèbre sacrée.

Obs. XXXIII. — M^{me} Ras.... Juliette, 52 ans (malade de M. le Docteur Huet).

Dans les antécédents, on relève seulement des crises à allure de crises bilieuses, durant 3 jours avec nausées, une selle diarrhéique, après le repas du matin, débutant par des coliques péri-ombilicales. Ces crises surviennent à la suite de contrariétés ou au moment des règles et en rapports avec l'alimentation (corps gras).

Antécédents : para-typhoïde à 45 ans.

Congestion pulmonaire (?) avec douleurs de l'épaule droite et amaigrissement. (Phénomènes infectieux fébriles).

Examen : ventre de ptose.

Colon sensible dans la région sigmoïdienne et gargouillant. Ascendant indolore, mais on réveille une douleur sur la ligne ombilico-iliaque un peu en dedans du point de Mac Burney.

Estomac de 26 cm. en décubitus.

Douleur à la partie moyenne du plexus solaire.

Foie de 9 cm., ptosé de 2 travers de doigt, avec douleurs de la région vésiculaire.

Douleur de la région para-ombilicale droite, au-dessous du foie, et qui paraît correspondre au collet de la vésicule.

Signe de Murphy à ce niveau.

Point phrénique droit.

Point de 5^e dorsale et points des 8^e, 9^e et 10^e épineuses dorsales.

Radio : Grosse vésicule en poire, oblique en bas et en dehors, para-vertébrale (cf. *schéma n° I*).

En décubitus, elle est para-vertébrale et son fond se trouve au niveau du disque L4, L5.

Dans la station debout, elle descend verticalement d'une vertèbre au niveau de l'aïeron sacré (disque L5-S1) restant toujours para-vertébrale.

La malade est revue après 3 mois de traitement.

Elle présente des nausées post-prandiales avec bouche sèche et amère la nuit.

Diarrhée bilieuse au moindre écart de régime.

La sangle de ptose a été mal supportée, surtout au début : aérogastrie avec éructations et ballonnement épigastrique.

Le colon ascendant est douloureux. Le signe de Murphy persiste.

Traitement : huile de Haarlem.

BIBLIOGRAPHIE

Outre les traités classiques, nous indiquons ici, les articles auxquels nous nous sommes personnellement référés.

AIMÉ (A), NEMOURS AUGUSTE et KRITIKOS. — « La cholécystographie, II^e Congrès international de radiologie ». *In. Press. Méd.*, 1931, n^o 75.

ANTITCH, GENIKOVITCH et BOUTEL. — « La cholécystographie », *Srpzki Arch. Ann.*, XXVIII, mai 1926, n^o 5.

AVIERINOS. — « Les points douloureux abdominaux », *Gazette médicale de Nantes*, 1923, n^o 4.

— « Pour différencier quelques points douloureux abdominaux », *Marseille Médical*, 5 avril 1932, (n^o 13).

BAUMEL. — « La cholécystographie », *Gazette Médicale de France*, 1931, n^o 22.

BÉCLÈRE et PORCHER. — « De l'utilité d'examiner la vésicule biliaire en station verticale », *Société de gastro-entérologie*, 12 octobre 1930.

BINET. — « La palpation de la vésicule biliaire », *L'Hôpital*, avril 1930.

BRIFANO. — « Syndromes déterminés par l'hyper tonicité et l'hyperkinésie de la vésicule biliaire », *Réforma médica*, 1931, n^o 28.

- BRULÉ et GARBAN. — « Les hépatites et les cholécystites d'origine intestinale », *Presse Médicale*, 3 avril 1923.
- CHIRAY, PAVEL et MILOCHEVITCH. — « La cholécystatonie », *Presse Médicale*, 9 septembre 1925, n° 72.
- CHIRAY et PAVEL. — « La contractilité vésiculaire », *Journal de physiologie et de pathologie générale*, An. 1925, Fasc. 1, 2 et 3.
- CHIRAY. — « A propos de l'exploration de la région duodeno-vésiculaire. La cholécystographie per cs avec ou sans radiographies duodénales en séries », *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1926, n° 3.
- CHIRAY, LOMON et ALBOT. — « La vésicule biliaire, sa topographie radiologique et clinique. Son exploration par le palper abdominal », *Presse Méd.*, An. 1929, n° 89.
- CHIRAY et ZITZERMANN. — « Etat mélancolique. Atonie vésiculaire et stase biliaire », *Presse Médicale*, An. 1930, n° 6.
- CHIRAY, LOMON, PAVEL, MILOCHEVITCH et ZITZERMANN. — « La cholécystatonie », *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, An. 1930, n° 5.
- CHIRAY, PAVEL et AMY. — « La question des biles noires », *Presse Médicale*, An. 1931, n° 53.
- CHIRAY et GEROLAMI. — « La crise bilieuse », *Presse Méd.* 9 mars 1932.
- CHIRAY et TRIBOULET. — « Rôle de la stase cholécystique dans certains états migraineux qui guérissent par le drainage médical biliaire », *Presse Médicale*, An. 1925, n° 20.
- CHIRAY et SÉMELAIGNE. — « La cholécystite chronique non calculieuse », *Presse Médicale*, 12 août 1922.

- CHIRAY et LOMON. — « La contraction de la vésicule biliaire « prise sur le fait ». *Presse Médicale*, n° 99, 11 décembre 1929.
- COLIEZ. — « La dynamique biliaire », *Les Cahiers de Radiologie*, An. 1931.
- COTTENOT. — « La cholécystographie », *La Médecine*, juin 1927, n° 9.
- DALSACE. — « Les biles noires », *Progrès médical*, 1932, n° 42.
- DANY. — *Du vidage de la vésicule biliaire et de quelques interdépendances bilio-duodénales*, Thèse de Paris, 1934.
- DELHERM et MOREL-KAHN. — « La cholécystographie », *Journal de diététique*, 1928, n° 3.
- DESPLAS et DALSACE. — « Les biles noires », *R. Médicale*, An. 1930, n° 36.
- DROUHARD. — *Diagnostic des syndromes douloureux aigus du carrefour sous-hépatique*, Thèse de Paris, 1928.
- FAROY. — « L'atonie vésiculaire », *Revue critique de pathologie et de thérapeutique*, nov. 1930, n° 8.
- « Le rôle du foie dans les migraines », *Progrès médical*, n° 31, 4 août 1934.
- N. FIESSINGER. — « La stagnation biliaire intravésiculaire », *Journal des Praticiens*, 10 mars 1928.
- CH. FLANDIN. — *Pathogénie de la lithiase biliaire*, thèse de Paris, 1912.
- GARCIN. — « La cholécystographie », *Société de Radiologie*, 3 novembre 1929.
- « Technique et valeur de la cholécystographie d'après une statistique de 1276, cholécystographies », *Société médicale de Marseille*, 11 janvier 1933.

- GILBERT et PARTURIER. — « Rapports du fond de la vésicule biliaire avec le bord antérieur du foie », *Journal médical français*, 15 avril 1914, n° 4.
- GOSSET et LÆWY. — « La cholécystographie », *Presse Médicale*, 1925, n° 71.
- « La cholécystographie, Travail de la clinique chirurgicale de la Salpêtrière », *Journal de Médecine et de chirurgie pratique*, 10 juin 1926, n° 11.
- « La cholécystographie », *Bulletin Médical*, 21 mai 1925, n° 12.
- GRAHAM et COLE. — *Journal of American medical Association*, 22 février 1924, t. LXXXII, p. 613 ; 31 mai 1924.
- GRAHAM, COLE et COPHE. — *Annales of surgery*, septembre 1924.
- « La cholécystographie », *Journal of American Medical Association*, N° 1, 3 janvier 1925, p. 14 ; n° 13, 26 septembre 1925, p. 553 ; n° 16, 8 avril 1925, p. 1175.
- GRAHAM. — « Exploration radiologique de la vésicule biliaire », *Journées Médicales de Paris*, 15-19 juillet 1926.
- JACQUET (P.) et THIEFFRY (S.). — « Cholécystites masquées et colibacillose », *Presse. Méd.*, 17 avril 1935, n° 31.
- KNÖFLACH. — « La pratique de la cholécystographie », *Mitt. a. d. Grenz gebiten d. Mediz. u. chir.* juillet 1929.
- LABBÉ (M.) et LOMON. — « La cholécystographie à l'aide du tétraïodophénol phtaléinate de sodium », *Annales de Médecine*, n° 4, avril 1926.
- LAROCHE (G.). — « Quelques données radiologiques nouvelles applicables à l'exploration des voies

- biliaires », *Semaines Médicales Hôp. Paris*, n° 13, 1925.
- LAROCHE (G.) et HUET. — « De l'emploi du tétraïode dans le diagnostic radiologique des voies biliaires », *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1928, n° 9.
- LAQUERRIÈRE et MOREL-KAHN. — « La cholécystographie à l'aide du tétraïodo-phénolphtoléinate de sodium », in *Journal de Médecine de Paris*, 28 juin 1926, n° 26.
- LEDoux-LEBARD. — « La cholécystographie », *Paris Médical*, 1925, n° 20.
- LEDoux-LEBARD et GARCIA CALDÉRON. — « Technique et résultats de l'examen radiologique des voies biliaires », *Paris médical*, 1933, n° 20.
- LOEPER. — « Tension vésiculaire douloureuse en dehors de la lithias », *Leçons et pathologie digestive*, 1922.
- LOMON et LAURENT GÉRARD. — « Remarques sur l'épreuve de la visibilité vésiculaire après absorption de tétraïodo-phénolphtaléine par voie digestive », *Presse Médicale*, 21 août 1926, n° 67.
- MALAR. — « Cholécystographie. La consultation septembre 1926 », in *Journal Médical et Chirurgical pratique*, 10 mai 1928, n° 29.
- MATHIEU (P.). — La cholécystogastrostomie dans le traitement de certaines crises douloureuses d'origine biliaire ». *Bull. et Mém. Soc. chirurgie*, 2 novembre 1920.
- MURPHY (J.B.). — *The practical Medicine Séries*, vol. II. General Surgery. Chicago. The Year book published.
- NEMOURS AUGUSTE. — « Conceptions actuelles sur le diagnostic radiologique des maladies de la vési-

- cule biliaire », *Journal de Médecine de Paris*, 1925, n° 29.
- « La cholécystographie », *Soc. radiol. méd. de France*, 12 mai 1925 ; *Presse Médicale*, 1925, n° 46.
- « La radiologie dans le diagnostic des maladies des la vésicule biliaire », *Monde Médical*, 15 mai 1928.
- « L'examen d'une vésicule biliaire à la lumière de travaux récents », *Le Phare médical*, 1927, n° 64.
- *Traité de radiologie de la vésicule biliaire*. Masson, 1934.
- « Ce que vaut actuellement la cholécystographie », *Paris Médical*, 1928, n° 20.
- « Est-il utile de faire l'examen radiologique de la vésicule biliaire », *Hôpital*, 1931, n° 290-291.
- OKINCZYC et PARTURIER. — « Cœcum mobile et syndrome vésiculaire », *Bulletin Mém. Soc. chirurgie*, 28 novembre 1932 ; in *Presse Médicale* 1932, n° 97.
- PARTURIER et FELDSTEIN. — « Localisations trompeuses dans les cholécystalgies », *Journal Méd. Français*, 1932, n° 5.
- PARTURIER. — « Sémeiologie de la vésicule biliaire », *Journal Méd. Français*, n° 4, 15 avril 1914.
- PILMORE. — « Technique de l'examen radiologique des voies biliaires », *Am. Journal of Roent. and radio*. 8 décembre 1928.
- PRIßRAM, GRÜNENBERG et STRAUSS. — « Les images radiographiques de la vésicule et leur signification clinique », *Deutchs. Méd. Wochenschrift*. 1925, n° 35.
- RAMOND (F.) et PARTURIER. — « Réactions réflexes de la vésicule biliaire sur le tube digestif », *Presse Médicale*, 13 mai 1925.

ROUTKÉVITCH. — *Diagnostic de la cholécystite chronique.*

SABATIANI et MILANI. — « Administration par voie buccale de bromures alcalins et visibilité radiologique de la vésicule biliaire », *Il Policlinico*, 4 mai 1935, fasc. 18 ; *In Presse Médicale*, 29 août 1925.

SALMON. — « La cholécystographie », *Pratique Médicale Française*, juillet 1931, A. n° 7.

TRÉMOLIÈRES. — « Diagnostic des syndromes douloureux aigus des carrefours supérieurs de l'abdomen », *Journal de Médecine française*, 1928, n° 8.

TRÉMOLIÈRES et SALMON. — « Diagnostic des syndromes chroniques douloureux des carrefours droits de l'abdomen », *Journal Médical Français*, 1928, n° 8.

— « Diagnostic des syndromes douloureux du carrefour abdominal supérieur », *Revue de Médecine*, 1927, n° 10.

TRÉMOLIÈRES et DROUHARD. — « Epigastralgies et douleurs du carrefour sous-hépatique », *Journal Méd. français*, août 1928, n° 8.

TUFFIER et NEMOURS AUGUSTE. — « Visibilité de la vésicule biliaire à la radiographie », *Soc. franç. électro-thérapie et radiologie*, 23 déc. 1924 ; *Presse Médicale*, 1925, n° 3.

— « Sur la visibilité de la vésicule biliaire aux rayons X », *Presse Médicale* 1925, n° 22.

— « La cholécystographie », *Soc. de gastro-entérologie in Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, t. XV, mai 1925, n° 5, p. 460.

VAN BEVER et BEMANTS. — « Les douleurs dans les affections de la vésicule biliaire », *Le scalpel*, n° 3.

VASSELLE (P.).—«Les points douloureux de l'épigastre et de l'hypocondre », *La clinique*, août 1923.

WEILL (MARG.). — *Etude critique des points douloureux abdominaux*, thèse de Paris, 1911.

WHITAKER. — « Cholécystographie », *Journal of Am. Medical Association*, in *Presse Médicale*, 1926, n° 49.

WILKER et ILLINGWORTH. — « Cholécystographie », *British Medical journal*, décembre 1925.

ZITZERMANN. — « *Rapports des états mélancoliques et de l'atonie de la vésicule biliaire. La bile noire*, thèse, Paris, 1929.

Imprimerie F. BOISSEAU, 34, rue du Taur. — TOULOUSE

